



Universitat de Lleida

Crisi de cures, gènere i espais rurals **El cas de les llars familiars lleidatanes**

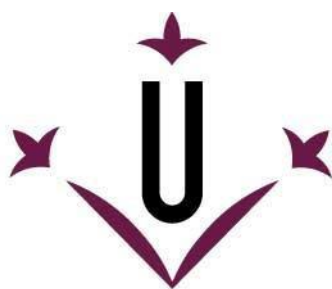
Mercè Espuñes Molins

<http://hdl.handle.net/10803/689994>

ADVERTIMENT. L'accés als continguts d'aquesta tesi doctoral i la seva utilització ha de respectar els drets de la persona autora. Pot ser utilitzada per a consulta o estudi personal, així com en activitats o materials d'investigació i docència en els termes establerts a l'art. 32 del Text Refós de la Llei de Propietat Intel·lectual (RDL 1/1996). Per altres utilitzacions es requereix l'autorització prèvia i expressa de la persona autora. En qualsevol cas, en la utilització dels seus continguts caldrà indicar de forma clara el nom i cognoms de la persona autora i el títol de la tesi doctoral. No s'autoritza la seva reproducció o altres formes d'explotació efectuades amb finalitats de lucre ni la seva comunicació pública des d'un lloc aliè al servei TDX. Tampoc s'autoritza la presentació del seu contingut en una finestra o marc aliè a TDX (framing). Aquesta reserva de drets afecta tant als continguts de la tesi com als seus resums i índexs.

ADVERTENCIA. El acceso a los contenidos de esta tesis doctoral y su utilización debe respetar los derechos de la persona autora. Puede ser utilizada para consulta o estudio personal, así como en actividades o materiales de investigación y docencia en los términos establecidos en el art. 32 del Texto Refundido de la Ley de Propiedad Intelectual (RDL 1/1996). Para otros usos se requiere la autorización previa y expresa de la persona autora. En cualquier caso, en la utilización de sus contenidos se deberá indicar de forma clara el nombre y apellidos de la persona autora y el título de la tesis doctoral. No se autoriza su reproducción u otras formas de explotación efectuadas con fines lucrativos ni su comunicación pública desde un sitio ajeno al servicio TDR. Tampoco se autoriza la presentación de su contenido en una ventana o marco ajeno a TDR (framing). Esta reserva de derechos afecta tanto al contenido de la tesis como a sus resúmenes e índices.

WARNING. Access to the contents of this doctoral thesis and its use must respect the rights of the author. It can be used for reference or private study, as well as research and learning activities or materials in the terms established by the 32nd article of the Spanish Consolidated Copyright Act (RDL 1/1996). Express and previous authorization of the author is required for any other uses. In any case, when using its content, full name of the author and title of the thesis must be clearly indicated. Reproduction or other forms of for profit use or public communication from outside TDX service is not allowed. Presentation of its content in a window or frame external to TDX (framing) is not authorized either. These rights affect both the content of the thesis and its abstracts and indexes.



Universitat de Lleida

TESI DOCTORAL

Crisi de cures, gènere i espais rurals

El cas de les llars familiars lleidatanes

Memòria presentada per optar al grau de Doctora
per la Universitat de Lleida
Programa de Doctorat en Educació, Societat i Qualitat de Vida

Director i Tutor: José Fidel Molina Luque

2023

ADVERTIMENT. L' accés als continguts d'aquesta tesi doctoral i la seva utilització ha de respectar els drets de la persona autora. Pot ser utilitzada per a consulta o estudi personal, així com en activitats o materials d'investigació i docència en els termes establerts a l'art. 32 del Text Refós de la Llei de Propietat Intel·lectual (ROL 1/1996). Per altres utilitzacions es requereix l'autorització prèvia i expressa de la persona autora. En qualsevol cas, en la utilització dels seus continguts caldrà indicar de forma clara el nom i cognoms de la persona autora i el títol de la tesi doctoral. No s'autoritza la seva reproducció o altres formes d'explotació efectuades amb finalitats de lucre ni la seva comunicació pública des d'un lloc aliè al servei TOX. Tampoc s'autoritza la presentació del seu contingut en una finestra o marc aliè a TOX (framing). Aquesta reserva de drets afecta tant als continguts de la tesi com als seus resums i índexs.

ADVERTENCIA. El acceso a los contenidos de esta tesis doctoral y su utilización debe respetar los derechos de la persona autora. Puede ser utilizada para consulta o estudio personal, así como en actividades o materiales de investigación y docencia en los términos establecidos en el art. 32 del Texto Refundido de la Ley de Propiedad Intelectual (ROL 1/1996). Para otros usos se requiere la autorización previa y expresa de la persona autora. En cualquier caso, en la utilización de sus contenidos se deberá indicar de forma clara el nombre y apellidos de la persona autora y el título de la tesis doctoral. No se autoriza su reproducción u otras formas de explotación efectuadas con fines lucrativos ni su comunicación pública desde un sitio ajeno al servicio TOR. Tampoco se autoriza la presentación de su contenido en una ventana o marco ajeno a TOR (framing). Esta reserva de derechos afecta tanto al contenido de la tesis como a sus resúmenes e índices.

WARNING. Access to the contents of this doctoral thesis and its use must respect the rights of the author. It can be used for reference or private study, as well as research and learning activities or materials in the terms established by the 32nd article of the Spanish Consolidated Copyright Act (ROL 1/1996). Express and previous authorization of the author is required for any other uses. In any case, when using its content, full name of the author and title of the thesis must be clearly indicated. Reproduction or other forms of for profit use or public communication from outside TOX service is not allowed. Presentation of its content in a window or frame external to TOX (framing) is not authorized either. These rights affect both the content of the thesis and its abstracts and indexes.

Al meu pare, qui ja no hi és físicament,
però acompanya sempre els meus dies

AGRAÏMENTS

En primer lloc, voldria mostrar el meu reconeixement a l'immens i essencial treball de les dones d'arreu per sostenir les cures, o la vida, que és el mateix. Elles mai no haurien d'haver-ho fet totes soles. La nostra societat ha de capgirar-se per a no perpetuar la utilització del seu treball, suor i mà d'obra barata per a subsistir. Existeix i hem de creure activament en la possibilitat real de dur a terme aquesta transformació.

En segon lloc, vull mostrar el meu fort agraïment a totes les llars familiars, a totes i cadascuna de les persones molt grans que tingueren la sort d'envellir a casa seva sota l'escalfor d'una estructura familiar que n'ha tingut cura. Moltes d'aquestes persones ara ja ens han deixat. Les recordo totes i la seva imatge em resta intacta.

En aquesta recerca han participat quasi tres-centes persones que han accedit generosament a donar el seu temps a un tema com el que es proposa, el qual, les ha connectades a emocions, sentiments, angoixes, tristeses i moltes llàgrimes. Una gran majoria de les participants han estat dones. Dones catalanes autòctones que viuen al món rural encara dins una estructura patriarcal. Dones migrades que han deixat el seu país, fills, filles i família per a poder enviar remeses econòmiques. Han viscut el dol migratori, i en arribar a Catalunya topen amb una societat que les racialitza, oprimeix, utilitza i mercantilitza. A totes elles hem de mostrar el nostre agraïment i reconeixement ja que en molts casos són elles qui tenen cura directa dels nostres familiars grans.

Finalment, vull agrair a persones properes que han estat al meu costat pacientment durant el transcurs d'aquesta tesi: la meva mare, la meva filla Uma i a en Miquel Alsedà i Graells, qui ha aportat la seva visió analítica i científica als detalls quantitius d'aquesta tesi.

Resum

Aquesta tesi analitza l'estat actual de l'organització social de les cures als espais rurals. Parteix de l'estudi de cas del territori rural lleidatà, sobreenvellit, amb una densitat de població molt baixa, dispersió dels nuclis, masculinització i alt risc de despoblament. Relaciona el fenomen de la crisi de cures i de reproducció social amb les conseqüències de la globalització en el món rural, la desagrariació, la forma en que el capitalisme transforma allò rural i la seva relació amb els canvis en els sistemes d'obligació familiars. La individualització de les pautes de vida exerceix progressivament una ruptura amb l'imaginari social simbòlic derivat del sistema familiar tradicional rural pairal -patriarcal- i el que constituïa la seva extensió, la figura de la cuidadora familiar, perquè aquesta no té relleu generacional. Arribats aquí, es fan insostenibles el familiarisme i el familisme tradicionals. El moment actual planteja nous reptes que haurien de posar el focus a una nova reorganització material, emocional i social de les cures que plantegi la cura com a dret social i no passi per la mercantilització del treball exercit per les persones migrades, la privatització a través de l'externalització dels serveis públics, la refamiliarització i la refeminització actuals.

Paraules clau: cura social, treball de cures, ruralitats, cura rural, crisi de cures, gènere, dones migrades i cures, envelliment rural

Resumen

Esta tesis analiza el estado actual de la organización social del cuidado en los espacios rurales a partir del estudio de caso del territorio rural de Lleida, con una densidad de población muy baja y altas tasas de sobreenvjecimiento. El fenómeno de la crisis de cuidados y de reproducción social se relaciona con las consecuencias de la globalización en el espacio rural, la desagrariación y la forma en que el capitalismo transforma lo rural y su relación con los cambios en el sistema de obligaciones familiar. La individualización de las pautas de vida ejerce una ruptura con el imaginario social simbólico derivado del sistema familiar tradicional rural del pairalismo de corte patriarcal y lo que constituía su extensión, la figura que ejercía un cuidado no profesional como cuidadora familiar. Esta no tiene relevo generacional. A partir de aquí surgen nuevos retos que deberían enfocarse hacia una nueva reorganización material, emocional y social del cuidado que plantee el cuidado como derecho social y no pase por la mercantilización actual del trabajo de las personas migrantes, la privatización de los servicios públicos, la refamiliarización y la refeminización de los cuidados actuales.

Conceptos clave: cuidado social, trabajo de cuidados, ruralidades, cuidado rural, crisi de cuidados, género, mujeres migradas y cuidados, envejecimiento rural

Abstract

This thesis analyses the current state of the social organization of care in rural areas. It starts with the case study of the rural territory of Lleida, over-aged, with a very low population density, dispersion of the nuclei, masculinization and high risk of depopulation. It relates the phenomenon of care crisis and social reproduction to the consequences of globalization in rural areas, lower agricultural rates and the way in which capitalism changes the rural and its relationship with the changes in family obligations system. The individualization of life guidelines is progressively breaking the traditional patriarchal rural familiar system, and what constituted its extension, the figure of the family caregiver because this has no generational relief. Up until this point, traditional familialism and familism become unsustainable. The current moment poses new challenges that should put the focus on a new material, emotional and social reorganization of care that raises care as a social right and does not go through the commodification of the work conditions performed by migrated people, privatization through the current outsourcing of public services, refamiliarization and refeminization of care.

Keywords: social care, care work, rurality, rural care, care crisis, gender, migrant women and care, rural ageing

ÍNDIX DE CONTINGUTS

Agraïments.....	7
Resum o abstract	9
Abreviatures utilitzades	17
Llistat de Taules	18
Llistat de Gràfics.....	22
Llistat de Quadres	25
Llistat de Figures	26
INTRODUCCIÓ	28
PART I. ESPAIS RURALS, LLARS, CURES I GLOBALITZACIÓ	34
CAP 1. Els espais rurals com a context de canvis productius vinculats a la crisi de cures i de reproducció social	35
1.1 L'Espai rural: revisant l'imaginari de la ruralitat	35
1.2 Aproximacions a l'anàlisi de la ruralitat	37
1.2.1 Perspectiva objectivista, descriptiva o quantitativa	37
1.2.2 Perspectiva "subjectivista" o constructivista. Tradició qualitativa.....	42
1.3 Globalització i noves ruralitats.....	47
1.3.1 Efectes de la fase actual de capitalisme en els espais rurals.....	49
1.3.2 Efectes dels processos de transformació del sector agrari a Catalunya i el cas de Lleida.....	55
1.4 Transformacions sociodemogràfiques al territori lleidatà.....	60
1.4.1 Pèrdua històrica de pes demogràfic de les comarques interiors.....	60
1.4.2 Creixement demogràfic natural negatiu	65
1.4.3 Baixa densitat de població.....	67
1.4.4 Els canvis productius transformen les llars o les unitats de reproducció: desfamiliarització, salarització i mobilitats.....	68
1.5 Espais rurals i gènere	69
CAP 2. L'espai de la llar: espai de cura i reproducció social. Les llars familiars en l'espai rural	74
2.1 Indicadors demogràfics UE i Espanya. Dinàmica poblacional de Catalunya i Lleida: natalitat, mortalitat, envelliment i sobreenvelliment.....	74
2.1.1 Dinàmiques demogràfiques recents en el context europeu i espanyol.....	74
2.1.1.1 Creixement natural negatiu de la població dels països de la UE	75
2.1.1.2 Natalitat i mortalitat espanyoles per sota de la mitjana europea	76
2.1.1.3 Esperança de vida en néixer.....	76
2.1.1.4 Envelliment de la població.....	77
2.1.1.5 El sobreenvelliment s'ha doblat en vint anys a Europa.....	79
2.1.1.6 Fertilitat i matrimonis espanyoles per sota de la mitjana europea	79
2.1.2 Indicadors demogràfics a Catalunya i a Lleida	81
2.1.2.1 Natalitat i Fecunditat a Catalunya.....	81
2.1.2.2 Envelliment, sobreenvelliment, índex de dependència i mortalitat.....	84

2.1.2.3 Dinàmiques demogràfiques per comarques: l'Alt Pirineu i Aran.....	87
2.1.2.4 Dinàmiques demogràfiques per comarques: La Plana de Lleida	91
2.2 L'Espai de la llar. Transformacions en l'estructura de les llars catalanes: el cas de Lleida.....	93
2.2.1 Radiografia de les llars familiars de principi de segle XXI. Transformació de les llars catalanes: el cas de les llars lleidatanes	93
2.2.1.1 Augmenten les llars unipersonals.....	95
2.2.1.2 Augmenten les llars no familiars o sense nucli familiar.....	96
2.2.1.3 Tipus i grandària de les llars catalanes.....	96
2.2.2 Les llars familiars lleidatanes com a espai de cura i reproducció social (els vestigis de la tradició pairal). Canvis en els sistemes d'obligacions familiars	98
2.2.2.1 Llars i famílies.....	98
2.2.2.2 Llars tradicionals lleidatanes: la família pairal	99
2.2.2.3 Pèrdua del pes de la família pairal tradicional.....	101
2.2.2.4 Les dones dins el sistema pairal	103
2.2.2.5 Individualització de la família.....	105
2.2.2.6 Tendències actuals familiars	107
2.2.2.7 Significat actual de la llar com a espai domèstic	112
CAP 3. L'Espai de les cures i el gènere.....	115
3.1 Les cures i la reproducció social.....	115
3.2 Cures i adscripció de gènere	120
3.3 El binomi producció-reproducció social.....	125
3.4 Invisibilitat del treball de cura.....	129
3.5 Les cures en la seva consideració de treball.....	130
3.5.1 El treball de cures no remunerat.....	132
3.5.2 El treball de cures no remunerat amb persones grans	133
3.5.3 La figura de la persona cuidadora informal o no professional al món rural.....	139
3.5.4 El treball de cures formal o remunerat	141
3.6 La cura social	142
3.7 Les cures de llarga durada o long term care, dependència i discapacitat.....	143
3.8 Persones beneficiàries i necessitats de cura de les persones grans en situació de dependència.....	148
3.9. Estat actual dels serveis i prestacions derivats de la Llei de la Dependència al territori lleidatà.....	150
3.10 Gènere, crisi de cures i reproducció social.....	154
3.11 Globalització, crisi de cures i crisi de reproducció social.....	155
CAP 4. L'Espai global. Conseqüències de la globalització en l'escenari actual de les cures en el context mediterrani.....	158
4.1 Precedents dels règims de benestar mediterranis: dictadures i catolicisme.....	158
4.2 Familiarisme i Familisme del context mediterrani.....	161
4.2.1 Polítiques familiars i polítiques de cures	168
4.2.2 Evolució de la despesa pública a Espanya	171

4.3	Globalització, Crisi de l'Estat del Benestar i polítiques cures de llarga durada o <i>long term care</i>	176
4.3.1	La globalització neoliberal.....	176
4.3.2	Crisi de l'Estat de benestar, Welfare mix i polítiques neoliberals.....	178
4.4	Recomanacions europees entorn la cura i la dependència. La implantació de règims de cura a la Unió Europea.....	182
4.5	Models d'atenció a la dependència a la UE.....	184
4.6	Polítiques de cura a l'Estat Espanyol.....	189
4.7	Mercantilització de les cures. La transició d'un model familiar a la "care drain": un model protagonitzat per la immigració femenina	197
4.8	Migracions femenines i cures.....	201
4.9	Les cadenes globals de cures.....	202
CAP 5. La cura requereix de resposta. Estat actual de la provisió pública de la cura.....		207
5.1	Epistemologies feministes i respostes al debat de les cures	207
5.1.1	Teoria moral i ètica de la cura.....	209
5.1.2	L'economia feminista	210
5.2	Epistemologies hegemòniques (binàries-patriarcal). Solucions sobre l'atenció a la dependència i polítiques de cura de llarga durada (Long-term Care).....	214
5.2.1	L'envelliment i la dependència com a risc social.....	215
5.2.2	La construcció del pilar Europeu de la Dependència.....	217
5.3	Sostenir comunitàriament les cures. La cura com a dret social. Col·lectivització de les cures.....	218
PART II. PROBLEMÀTICA, OBJECTE D'ESTUDI, CONSTRUCCIÓ DEL MODEL D'ANÀLISI, METODOLOGIA I TÈCNiques DE RECERCA		223
CAP 6. Problemàtica, objecte d'estudi i construcció del model d'anàlisi		223
6.1	L'objecte d'estudi: la dimensió social de la cura.....	223
6.1.1	Fonaments antropològics, biològics i sociològics.....	225
6.1.1	La problemàtica.....	226
6.2	Objectius generals de la recerca	228
6.3	Construcció del model d'anàlisi: la llar familiar.....	229
6.3.1	Unitat central d'anàlisi.....	229
6.3.2	Nivells d'anàlisi de l'objecte d'estudi.....	229
6.4	Dimensions, conceptes i categories.....	234
6.5	Metodologia.....	240
6.5.1	Disseny metodològic: aproximació qualitativa	242
6.5.2	L'ús del mètode qualitatiu per a atorgar valor d'agència a les actores i actors socials.....	242
6.6	Cronologia.....	243
6.7	Tècniques de recerca	262
6.7.1	Les entrevistes	262
6.7.2	Els grups de discussió	268
6.7.3	Triangulació de fonts de dades	272

PART III. RESULTATS I DISCUSSIÓ

CAP 7. ELS RESULTATS	275
7.1 La cura social	275
7.1.1 L'Espai públic: la mirada de les administracions públiques locals	276
7.1.1.1 La difícil assumpció de corresponsabilitat pública en la cura	276
7.1.1.2 La responsabilitat en la cura, un debat pendent	280
7.1.2 L'Espai de la Llar: la veu de les famílies que cuiden.....	283
7.2 Les llars familiars actuals	290
7.2.1 L'Espai de les llars: tipologia de les llars familiars responsables de la cura	290
7.2.1.1 La persona gran receptora de cures	292
7.2.1.2 Dades relatives a la persona cuidadora	319
7.2.2 L'Espai públic: la mirada des de les administracions públiques sobre les llars	353
7.3 Provisió pública i social de la cura.....	354
7.3.1 Les llars familiars: la seva mirada sobre els serveis públics adreçats a la cura	354
7.3.1.1 Percepció del grau de cobertura dels serveis de suport a la dependència	354
7.3.1.2 Propostes des de les llars per a una organització social de la cura	356
7.3.2 L'Espai públic: La visió des de l'àrea de Serveis Socials comarcals.....	360
7.3.2.1 Evolució, traspàs de competències dels serveis municipals als Consells Comarcals	361
7.3.2.2 Reptes i problemàtiques referents a la cobertura dels serveis públics d'atenció a les famílies en situació de dependència	363
7.3.2.3 Externalització de la gestió del Servei d'Atenció Domiciliària (SAD) i de la teleassistència. Les administracions públiques en el lliure mercat de cures.....	367
7.3.2.4 El desplegament de les prestacions econòmiques previstes en la LAPAD.....	369
7.3.2.5 Dèficit en la coordinació entre l'Atenció en la salut i àmbit socio sanitari i els Serveis Socials	371
7.4 Gènere, refamiliarització i refeminització de la cura	372
7.4.1 L'Espai públic: la veu de les administracions públiques sobre l'equitat de gènere	372
7.4.1.1 Desigualtats en els rols de gènere i cures	374
7.4.1.2 Treball i cures.....	376
7.4.1.3 Falta educació en equitat de gènere	378
7.4.1.4 Polítiques de gènere i cures.....	379
7.4.1.5 Pressió d'una societat masclista	381
7.4.1.6 Autoconflicte i cures	382
7.4.1.7 Actitud noves generacions de dones i violència de gènere	383
7.4.1.8 Corresponsabilitat masculina i homes cuidadors	383
7.4.2 L'Espai de les Llar: les veus de dones que exerceixen treball de cures.....	385
7.4.2.1 La cura als grans dins una família pairal en transició	387
7.4.2.2 Economia i cura a la família pairal.....	388
7.4.2.3 Cura i gènere a la família pairal.....	391
7.4.2.4 Relacions intergeneracionals en la família pairal	391
7.4.2.5 Canvis en els sistemes d'obligacions i relacions intergeneracionals.....	393
7.4.2.6 El valor de l'educació de fills i filles	394
7.4.2.7 Canvis generacionals.....	396
7.4.2.8 Anàlisi sociològica discursiva GD2.....	399

7.5	Externalització de les cures a “altres dones”. El mercat global de cures	407
7.5.1	L'Espai públic: La veu de persones representants d'administracions públiques locals sobre el mercat global de cures.....	407
7.5.1.1	Mercat de cures, costos econòmics i economia de la cura	407
7.5.1.2	Condicions laborals en que es duu a terme el treball de cures.....	408
7.5.2	L'espai global de les cures: les veus de les treballadores de cures migrades, famílies contractants i sectors gestors de cures públic i privat	409
7.5.2.1	Mercat de cures, costos econòmics i economia de la cura	410
7.5.2.2	Condicions socials i laborals en que es duu a terme el treball de cures per part de persones migrades.....	415
CAP 8. DISCUSSIÓ DELS RESULTATS		436
8.1	Discussió dels resultats generals.....	436
8.1.1	Desagrarització i defamiliarització de l'agricultura com a configuradors de noves ruralitats a Lleida.....	436
8.1.2	Insostenibilitat del familisme i el familiarisme tradicionals.....	438
8.1.3	Individualisme institucionalitzat, externalització, delegació i privatització de les cures.....	441
8.2	Discussió dels resultats segons els objectius.....	442
8.2.1	Cura social, corresponsabilitat i problematització de la cura.....	442
8.2.1.1	La redistribució de les cures, un debat urgent.....	443
8.2.1.2	Escassa associació entre la crisi global de cures i els canvis en el gènere femení.....	448
8.2.1.3	Manca de formació i qualificació de les persones treballadores de cura domiciliària a les zones rurals.....	450
8.2.1.4	Deficient corresponsabilitat i conciliació laboral.....	452
8.2.2	Les llars familiars als espais rurals lleidatans.....	455
8.2.2.1	Pèrdua de pes demogràfic dels municipis rurals.....	461
8.2.2.2	Feminització de la vellesa.....	463
8.2.2.3	Disminució de la mida de les llars.....	463
8.2.2.4	Disminució de la generació potencialment cuidadora	465
8.2.2.5	El grau d'urbanització com a condicionant del poder adquisitiu de les zones rurals.....	468
8.2.2.6	El gènere continua condicionant el paper d'agent de les persones cuidadores.....	476
8.2.2.7	Correlació entre el temps, intensitat de la cura i estat de salut de la persona que cuida.....	477
8.2.2.8	Coerció moral sobre el gènere i càrrega del treball de cures.....	478
8.2.2.9	Les pràctiques actuals de treball de cures empobreixen econòmicament les dones augmentant la bretxa de gènere rural.....	480
8.2.3	Estat de la provisió pública de cures.....	482
8.2.3.1	L'Alt Pirineu i Aran.....	483
8.2.3.2	La plana de Lleida o Ponent.....	490
8.2.3.3	Els Serveis d'Atenció a les Persones als micropobles lleidatans.....	496
8.2.3.4	La provisió pública als espais rurals lleidatans dins dels models europeus de provisió de cures de llarga durada.....	497
8.2.4	Crisi de cures, refamiliarització i refeminització del treball de cura.....	499
8.2.5	Noves relacions econòmiques entre llars i persones migrades.....	504
8.2.5.1	Trets distintius de la dinàmica migratòria femenina al territori lleidatà.....	505
8.2.5.2	Cadenes globals de cures feminitzades a Lleida.....	506
8.2.5.3	Tendències i escenaris de futur.....	518

8.3	Limitacions de la recerca.....	519
8.4	Noves línies de recerca a partir d'aquesta tesi.....	521
PART IV. CONCLUSIONS GENERALS		524
CAP 9. CONCLUSIONS		524
BIBLIOGRAFIA		529
ANNEXOS		552

ABREVIATURES

EB: Estat de Benestar

OCDE: Organització per a la Cooperació i el Desenvolupament Econòmic

OMR: Observatori del Món Rural

PAC: Política Agrària Comuna

FEDER: Fons Europeu de Desenvolupament Regional

UE: Unió Europea

ISF: Índex Sintètic de Fecunditat

INE: Instituto Nacional de Estadística

IDESCAT: Institut d'Estadística de Catalunya

SAAD: Sistema de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia

CLLD: Cures de Llarga Durada

LTC: Long Term Care

CDPD: Convenció per als Drets de les Persones amb Discapacitats

EDAD: Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia

ABVD: Activitats Bàsiques de la Vida Diària

AVD: Activitats de la Vida Diària

NGP: Nova Gestió Pública

LAPAD: Llei de la Dependència

ÍNDIX DE TAULES

Taula 1.1 <i>Població oficial basada en les definicions de municipis rurals</i>	38
Taula 1.2 <i>Algunes dicotomies vinculades a rural/urbà</i>	42
Taula 1.3 <i>Fases polítiques agràries europees</i>	52
Taula 2.2 <i>Taxes natalitat: Catalunya i Espanya (1901-1975)</i>	82
Taula 2.3 <i>Indicador de fecunditat matrimonial</i>	83
Taula 2.4 <i>Índex envelliment per comarques</i>	84
Taula 2.5 <i>Població comarques sud província Lleida</i>	91
Taula 2.6 <i>Llars catalanes (1981-2020)</i>	93
Taula 2.7 <i>Evolució llars lleidatanes segons tipus de nuclis (1996-2020)</i>	94
Taula 2.8 <i>Evolució de la grandària de les llars catalanes (2014-2020)</i>	96
Taula 2.9 <i>Evolució de la grandària de les llars lleidatanes</i>	97
Taula 2.10 <i>Canvis en la família occidental segons Beck-Gernsheim(1998)</i>	106
Taula 3.1 <i>Tipus de discapacitat de persones de 6 o més anys</i>	150
Taula 4.1 <i>Llistat d'Ajudes socials i serveis a les famílies (Ministeri de Drets Socials,2021)</i>	171
Taula 4.2 <i>Despesa en protecció social països mediterranis i UE. 2020</i>	175
Taula 4.3 <i>Despesa en protecció social països Unió Europea. 2020</i>	175
Taula 7.1.1 <i>Concepcions ideològiques entorn la responsabilitat de la cura</i>	280
Taula 7.1.2 <i>Creus que la cura de les persones en situació de dependència és un problema?</i>	283
Taula 7.1.3 <i>Si és un problema, aquest és de caire social o individual</i>	283
Taula 7.1.4 <i>Creus que la cura de les persones grans dependents o amb discapacitat és una responsabilitat estatal</i>	284
Taula 7.1.5 <i>Prioritza quins agents haurien de donar suport a les llars en casos de dependència: La família</i>	285
Taula 7.1.6 <i>Prioritza quins agents haurien de donar suport a les llars: L'atenció socio sanitària (CAP, PADES)</i>	286
Taula 7.1.7 <i>Prioritza quins agents haurien de donar suport a les llars: Els serveis socials (base i especialitzats)</i>	286
Taula 7.1.8 <i>Prioritza agents suport a les llars: altres organismes privats o entitats tercer sector</i>	286
Taula 7.1.9 <i>Voluntariat</i>	287

Taula 7.1.10 Xarxes informals (amics, veïns).....	287
Taula 7.1.11 Grau implicació familiar pel que fa a la cura de la persona dependent, perspectiva cuidadora.	288
Taula 7.1.12 Grau corresponsabilitat familiar.	289
Taula 7.2.1 Nombre d'entrevistes	291
Taula 7.2.2 Comarques lleidatanes realització estudi llars familiars.	291
Taula 7.2.3 Sexe persona en situació dependència.....	292
Taula 7.2.4 Edat de les persones grans que requereixen de cures	292
Taula 7.2.5 Estat civil persona dependent	293
Taula 7.2.6 Nivell educatiu.....	294
Taula 7.2.7 Convivència i situació familiar: on viu	295
Taula 7.2.8 Amb qui viu habitualment la persona gran.....	296
Taula 7.2.9 Quantes persones conviuen amb persona dependent	296
Taula 7.2.10 Cura a casa de la persona dependent: responsable de la cura	297
Taula 7.2.11 Condicions laborals persona externa	298
Taula 7.2.12 Cost mensual serveis externs de cura i domèstics.....	298
Taula 7.2.13 Desig o opció en relació a la cura o companyia (persona dependent).....	299
Taula 7.2.14 Grau de satisfacció de la persona cuidada.....	299
Taula 7.2.15 Grau implicació familiar pel que fa a la cura de la persona gran dependent.....	300
Taula 7.2.16 Afeccions cardiovasculars.	301
Taula 7.2.17 Afeccions aparell músculo-esquelètic	301
Taula 7.2.18 Malaltia neurodegenerativa	301
Taula 7.2.19 Diabetis	301
Taula 7.2.20 Afeccions respiratòries.....	302
Taula 7.2.21 Afecció de tipus psiquiàtric o psicològic (ex. depressió).....	302
Taula 7.2.22 Càncer.....	302
Taula 7.2.23 Grau dependència reconegut.....	303
Taula 7.2.24 La persona en situació de dependència rep serveis públics o ajuda.....	304
Taula 7.2.25 Els serveis públics cobreixen les seves necessitats	305
Taula 7.2.26 Adaptació habitatge familiar.....	310
Taula 7.2.27 Suficient informació i recursos per a adaptar la llar.	311
Taula 7.2.28 Grau accessibilitat llar 1: Rampes o fàcil accés a l'habitatge	312
Taula 7.2.29 Grau accessibilitat llar 2: Bona il·luminació a tota la llar.....	312
Taula 7.2.30 Grau accessibilitat llar 3: Sòl i paviments no lliscants.....	312
Taula 7.2.31 Grau accessibilitat llar 4: Suficient amplada de les portes.....	312

Taula 7.2.32 Grau accessibilitat llar 5: Interfons o porters automàtics Accessibles.....	313
Taula 7.2.33 Grau accessibilitat llar 6: passamans ergonòmics.....	313
Taula 7.2.34 Accessibilitat: alçada 43-45 lavabo.....	313
Taula 7.2.35 Accessibilitat: elevador de vàter amb agafadors	313
Taula 7.2.36 Caminador.....	314
Taula 7.2.37 Cadira de rodes.....	314
Taula 7.2.38 Dutxa accessible i agafadors.....	314
Taula 7.2.39 Llit articulats.....	314
Taula 7.2.40 Triangle d'incorporació.....	315
Taula 7.2.41 Taula de llit regulable.....	315
Taula 7.2.42 Bastons i crosses	315
Taula 7.2.43 Telèfons amb amplificació.....	315
Taula 7.2.44 Actual nivell ingressos mensuals persona en situació Dependència.....	316
Taula 7.2.45 Actual nivell ingressos persona 1 en situació dependència* Sexe persona en situació dependència.....	316
Taula 7.2.46 Ingressos totals mensuals llar familiar	317
Taula 7.2.47 Percepció suficients ingressos en relació a les despeses.....	318
Taula 7.2.48 Sexe persona cuidadora.....	319
Taula 7.2.49 Estat civil persona cuidadora principal.....	320
Taula 7.2.50 Tipus de vincle familiar amb la persona en situació dependència.....	321
Taula 7.2.51 Tipus de vincle familiar amb la persona en situació dependència* Sexe persona cuidadora.....	322
Taula 7.2.52 Nivell estudis persona cuidadora.....	323
Taula 7.2.53 Nivell estudis persona cuidadora* Sexe persona cuidadora.....	324
Taula 7.2.54 Nivell estudis persona cuidadora* Situació lab1: Treball remunerat i amb contracte.....	325
Taula 7.2.55 Situació lab1: Treball amb remuneració i amb contracte	326
Taula 7.2.56 Sexe persona cuidadora* Situació lab1: Treball remunerat i amb contracte	327
Taula 7.2.57 Situació lab3: Treball fent tasques de cura -sense remuneració-* Sexe persona cuidadora.....	327
Taula 7.2.58 Situació lab3: Treball fent tasques de cura -sense remuneració.....	327
Taula 7.2.59 Situació lab4: Treball tasques domèstiques a casa meva.....	328
Taula 7.2.60 Estic jubilat/da* Sexe persona cuidadora	328
Taula 7.2.61 Quant de temps fa que la persona dependent rep ajuda o cura	332
Taula 7.2.62 Tipus ajuda rep persona dependent: realitzar la neteja i cura de la casa	334

Taula 7.2.63 <i>Realitzar la compra diària</i>	334
Taula 7.2.64 <i>Preparar menjars</i>	334
Taula 7.2.65 <i>Higiene i cures personals</i>	335
Taula 7.2.66 <i>Acompanyar-la al metge</i>	335
Taula 7.2.67 <i>Control medicació</i>	335
Taula 7.2.68 <i>Gestions i tasques administratives</i>	336
Taula 7.2.69 <i>Acompanyament i vigilància a casa</i>	336
Taula 7.2.70 <i>Número hores dia cura</i>	337
Taula 7.2.71 <i>Grau de satisfacció per part de la persona dependent des de la perspectiva de la persona cuidadora</i>	338
Taula 7.2.72 <i>Grau de satisfacció segons sexe de la persona cuidadora</i>	339
Taula 7.2.73 <i>Ingressos mensuals totals llar persona cuidadora</i>	340
Taula 7.2.74 <i>Nivell ingressos llar cuidadora segons sexe</i>	340
Taula 7.2.75 <i>Si és cuidadora no professional, ha rebut alguna ajuda econòmica pel fet de cuidar</i>	341
Taula 7.2.76 <i>Recepció d'ajuda econòmica segons sexe</i>	342
Taula 7.2.77 <i>Suficiència d'ingressos en relació a les despeses que teniu a la llar</i>	342
Taula 7.2.78 <i>Repercussió cura sobre la salut persona cuidadora</i>	345
Taula 7.2.79 <i>Pren medicació la persona cuidadora</i>	346
Taula 7.2.80 <i>Has hagut de fer canvis laborals o reduir el teu horari laboral per a cuidar</i>	347
Taula 7.2.81 <i>Has canviat el lloc de residència per tenir cura del teu familiar?</i>	349
Taula 7.3.1 <i>Creus que hi ha prou cobertura de serveis de suport a la dependència</i>	362
Taula 7.5.1 <i>Tasques del treball de cures que duen a terme les entrevistades</i>	430
Taula 8.1 <i>Eixos centrals del marc de democratització de les cures</i>	454
Taula 8.2 <i>Lloc de residència de la persona gran receptora de cures</i>	468
Taula 8.3 <i>Components de la rendes familiars brutes comarques lleidatanes</i>	479
Taula 8.4 <i>Característiques de la bretxa de gènere al món rural</i>	487
Taula 8.5 <i>Trets territorials en la provisió actual de serveis públics a l'Alt Pirineu i Aran</i>	495
Taula 8.6 <i>Trets territorials provisió pública de serveis de cura a les comarques de Ponent</i>	497
Taula 8.7 <i>Transicions familiars a la Catalunya rural en relació a la cura familiar</i>	509

ÍNDEX DE GRÀFICS

Gràfic 1.1 <i>Evolució Població ocupada en l'agricultura</i>	55
Gràfic 1.2 <i>Evolució nombre d'explotacions agràries per sexe a Catalunya</i>	56
Gràfic 1.3 <i>Percentatge de persones ocupades en el sector agrícola a Lleida</i>	57
Gràfic 1.4 <i>Relació de masculinitat a les comarques lleidatanes</i>	59
Gràfic 1.5 <i>Comparació masculinitat comarques de Lleida</i>	59
Gràfic 1.6 <i>Pèrdua població municipis Alt Pirineu i Aran</i>	61
Gràfic 1.7 <i>Municipis Alt Pirineu i Aran que guanyen població</i>	62
Gràfic 1.8 <i>Pèrdua de població municipis plana de Lleida</i>	63
Gràfic 1.9 <i>Municipis de la Plana de Lleida que creixen</i>	64
Gràfic 1.10 <i>Creixement població comarques lleidatanes</i>	65
Gràfic 1.11 <i>Creixement natural de la població lleidatana (1986-2018)</i>	66
Gràfic 1.12 <i>Densitat Mitjana comarques lleidatanes</i>	66
Gràfic 1.13 <i>Evolució densitat població 1986-2020</i>	67
Gràfic 2.1 <i>Creixement natural de població UE i Espanya (2020)</i>	75
Gràfic 2.2 <i>Esperança de vida en néixer</i>	77
Gràfic 2.3 <i>Grup de població entre 65 i 75 anys Espanya i UE</i>	78
Gràfic 2.4 <i>Població de més de 80 anys a Espanya i a la UE</i>	79
Gràfic 2.5 <i>Índex de fertilitat Espanya i UE</i>	80
Gràfic 2.6 <i>Taxa natalitat per províncies catalanes 1900-1975</i>	82
Gràfic 2.7 <i>Envel·liment a Lleida i comarques</i>	85
Gràfic 2.8 <i>Evolució de l' índex de sobreenvelliment a la província de Lleida</i>	86
Gràfic 2.9 <i>Evolució índex sobreenvelliment, dependència juvenil i gent gran a Catalunya</i>	86
Gràfic 2.10 <i>Migracions externes Aran 2000-20</i>	87

Gràfic 2.11 Taxa de mortalitat Alt Pirineu i Aran 1986-2019.....	88
Gràfic 2.12 Natalitat comarques Alt Pirineu i Aran	88
Gràfic 2.13 Evolució índex envelliment Alt Pirineu i Aran	89
Gràfic 2.14 Evolució comparada del sobreenvelliment a l'Alt Pirineu i Aran.....	90
Gràfic 2.15 Moviment migratori extern Alt Pirineu i Aran.....	90
Gràfic 2.16 Moviment migratori extern comarques plana de Lleida.....	91
Gràfic 2.17 Evolució índex envelliment comarques de la Plana de Lleida	92
Gràfic 2.18 Evolució comparada del sobreenvelliment comarques de la Plana de Lleida.....	92
Gràfic 2.19 Transformacions de les llars catalanes.....	94
Gràfic 2.20 Evolució llars lleidatanes segons nucli.....	96
Gràfic 2.21 Llars segons nombre de persones a la província de Lleida (2020).....	97
Gràfic 2.22 Llars per tipus a la Unió Europea	108
Gràfic 2.23 Augment de la població adulta 2010-20 segons tipus de llars.....	109
Gràfic 2.24 Llars per tipus amb presència de fills/es a la Unió Europea	111
Gràfic 2.25 Llars per tipus, presència de fills/es per països.....	112
Gràfic 3.1 Perfil figura que cuida	134
Gràfic 3.2 Població total i amb discapacitat.....	135
Gràfic 3.3 El 60% mitjana OCDE rep només cura informal	136
Gràfic 3.4 Persones amb discapacitat 6 o més anys.....	149
Gràfic 3.5 Diferència en la dedicació de temps per activitat i gènere en municipis rurals.....	155
Gràfic 4.1 Evolució despesa social Espanya 1850-2005	173
Gràfic 4.2 Distribució d'aportacions del SAAD.....	194
Gràfic 4.3 Evolució aportació AGE i CCAA.....	196
Gràfic 7.2.0 Edat de la persona gran receptora de cures.....	293
Gràfic 7.2.1 Nivell d'ingressos segons sexe persona receptora de cures	317
Gràfic 7.2.2. Edat persona cuidadora	319
Gràfic 7.2.3 Edat persona cuidadora segons sexe.....	320
Gràfic 7.2.4 Tipus de vincle familiar segons sexe.....	322
Gràfic 7.2.5 Nivell d'estudis persona cuidadora segons sexe.....	325
Gràfic 7.2.6 Quantitat de temps que la persona gran rep cures	333
Gràfic 7.2.7 Ingressos totals de la llar de la persona que cuida.....	339
Gràfic 7.2.8 Nivell d'ingressos segons sexe.....	341
Gràfic 7.2.9 Satisfacció tasca de cuidar	343
Gràfic 7.2.10 Estat d'ànim de la persona cuidadora.....	344
Gràfic 7.2.11. Futur immediat cures amb incertesa	350
Gràfic 7.2.12. Futur immediat cures actitud pessimista.....	350
Gràfic 7.2.13 Escepticisme realista.....	351
Gràfic 7.2.14. Judici categòric negatiu	351
Gràfic 7.2.15 Reptes pendents en relació a la cura.....	352
Gràfic 7.3.1 Propostes de les llars: corresponsabilitat pública.....	362
Gràfic 7.3.2 Propostes de les llars: rebre ajudes segons les necessitats	363

Gràfic 7.3.3 Propostes de les llars: augmentar eficiència administració pública	363
Gràfic 7.3.4 Propostes de les llars: Preferència cura a casa	364
Gràfic 7.3.5 Propostes de les llars: Cura professional a domicili i serveis d'atenció domiciliària	364
Gràfic 7.3.6 Propostes de les llars: Escepticisme i incertesa/ Educació en les cures	365
Gràfic 7.4.1 Categorització sobre equitat de gènere per part de les institucions públiques	379
Gràfic 7.4.2 Afirmacions per part de representants de les administracions públiques sobre desigualtats en els rols de gènere	381
Gràfic 7.4.3 Afirmacions per part de representants de les administracions públiques sobre la relació entre treball i cures	383
Gràfic 7.4.4 Afirmacions per part de les administracions públiques sobre Educació i equitat en les cures.....	385
Gràfic 7.4.5 Afirmacions per part de les administracions públiques sobre polítiques de gènere i cures.....	386
Gràfic 7.4.6 Afirmacions per part de les administracions públiques sobre actituds Masclistes.....	387
Gràfic 7.4.7 Afirmacions per part de les administracions públiques sobre autoconflicte i cures	388
Gràfic 7.4.8 Afirmacions per part de les administracions públiques sobre violència de gènere.....	389
Gràfic 7.4.9 Afirmacions per part de les administracions públiques sobre la corresponsabilitat masculina.....	390
Gràfic 7.4.10 Blocs temàtics GD Cura família pairal.....	392
Gràfic 7.4.11 Afirmacions de dones cuidadores de la família pairal sobre economia i ruralitat.....	395
Gràfic 7.4.12 Afirmacions de dones cuidadores de la família pairal sobre condicionants econòmics i ruralitat	396
Gràfic 7.4.13 Afirmacions de dones cuidadores de la família pairal sobre l'associació cura i gènere.....	398
Gràfic 7.4.14 Afirmacions de dones de la família pairal sobre canvis en el sistema d'obligacions familiar	400
Gràfic 7.4.15 Afirmacions de dones de la família pairal sobre el valor dels estudis de fills i filles.....	401
Gràfic 7.4.16 Categories temàtiques GD2 Dones cuidadores amb treball remunerat	402
Gràfic 7.4.17 Dones cuidadores amb treball remunerat i canvis generacionals	404
Gràfic 8.1 Diferència de població entre homes i dones per edat individual.	469
Gràfic 8.2 Pes dels sectors econòmics a Lleida	475
Gràfic 8.3 Dades sobre els ingressos mensuals persones receptores de cures a les comarques lleidatanes.....	480
Gràfic 8.4 Temps de cura i repercussió a la salut de la persona cuidadora.....	484
Gràfic 8.5 Proporció de persones grans per tipologia rural-urbana UE.....	508

ÍNDIX DE QUADRES

Quadre 3.1 <i>Classificació de les formes de treball OIT</i>	132
Quadre 3.2 <i>Resum punts clau Supporting informal carers of older people (2022)</i>	136
Quadre 3.3 <i>Dimensions de la cura</i>	142
Quadre 3.4 <i>Persones que requereixen CLLD i inversió pública per països</i>	145
Quadre 4.1 <i>Models d'atenció a la dependència segons Bettio i Plantenga (2004)</i>	184
Quadre 4.2 <i>Models d'atenció a la dependència segons tipologia Esping-Andersen</i>	185
Quadre 4.3 <i>Evolució models de cures de llarga durada a Europa</i>	186
Quadre 4.4 <i>Tipologia de les cures de llarga durada en els sistemes europeus (2010)</i>	188
Quadre 6.1 <i>Nivells d'anàlisi</i>	230
Quadre 6.2 <i>Model d'anàlisi</i>	235
Quadre 6.3 <i>Cronologia o calendari de la tesi</i>	261
Quadre 6.4 <i>Perfil de les persones entrevistades estudi Cadenes Globals de Cures feminitzades</i>	266
Quadre 7.3.1 <i>Categories sobre organització social de la cura</i>	362
Quadre 7.5.2.1 <i>Sectors analitzats en la recerca Cadenes Globals de Cures feminitzades a Lleida</i>	415
Quadre 7.5.2.2 <i>Perfil sociodemogràfic participants grups discussió</i>	416
Quadre 8.1 <i>Distribució dels municipis i dels seus habitants segons la mida</i>	467

ÍNDIX DE FIGURES

Figura 4.1 <i>Familiarisme i familisme en els països mediterranis</i>	162
Figura 4.2. <i>Tipus de familiarismes</i>	167
Figura 4.3 <i>Entitats públiques i descentralització ajudes i serveis a les famílies</i>	170
Figura 4.4 <i>Persones fora del treball remunerat per sexe i raó (2021)</i>	174
Figura 4.5 <i>Triangle del benestar</i>	179
Figura 5.1 <i>L'Economia feminista i Economia de la cura</i>	213
Figura 6.1 Triangle D'Esping-Andersen.....	231
Figura 6.2 Triangle de Pestoff.....	232
Figura 6.3 Diamant de Razavi.....	232
Figura 6.4 Diamant hipotètic de la cura a les terres de Lleida.....	233
Figura 7.2.1 <i>Acompanyament</i>	306
Figura 7.2.2 <i>Ajuda econòmica</i>	306
Figura 7.2.3 <i>Ajuda mobilitat persona gran</i>	307
Figura 7.2.4 <i>Estimulació cognitiva</i>	307
Figura 7.2.5 <i>Servei Atenció Domiciliària</i>	308
Figura 7.2.6. <i>Serveis de fisioteràpia a domicili</i>	308
Figura 7.2.7 <i>Una persona treballadora de cures</i>	309
Figura 7.2.8 <i>Suport a la persona cuidadora</i>	309
Figura 7.2.9 <i>Millores Serveis Socials i Sanitaris</i>	310
Figura 7.5.2.3 <i>Actors socials que intervenen en els GD</i>	417
Figura 8.1 <i>Corresponsabilitat en les cures</i>	459
Figura 8.2 <i>Renda familiar disponible bruta. Catalunya (2019)</i>	478
Figura 8.3 <i>Models de cures i equitat de gènere</i>	509

INTRODUCCIÓ

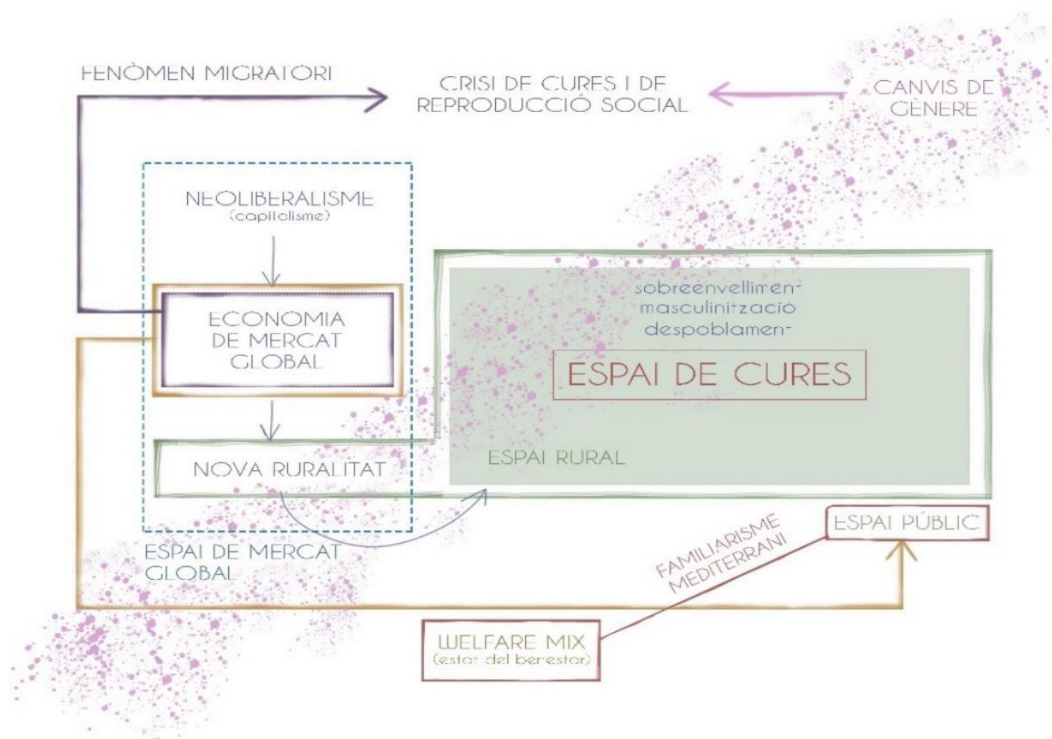
L'objecte d'estudi d'aquesta tesi analitza l'organització social de la cura en el marc de l'actual crisi de cures i de reproducció social en els espais rurals. L'eix central rau en la problematització sociològica de l'estat actual de les cures, des d'una perspectiva de gènere. Des d'un punt de vista sociològic, problematitzar una situació social suposa "voler arribar a entendre com funciona l'engranatge del sistema, quins són els pressupòsits en els quals es recolza, i a través de quins mitjans es manté travat" (Berger, 1992:54). Com a problema sociològic, cal preguntar-se: en quina mesura, des de quins supòsits i per part de quins actors socials el fenomen de la cura és considerat un problema social, darrere del qual hi ha malestar?¹. El fet de problematitzar-lo pressuposa, partint del marc actual de crisi de cures, que **la cura de les persones grans amb manca d'autonomia o discapacitat constitueix una circumstància sensible o afectable de generar violències i desigualtats, tensions i conflictes que afecten determinats col·lectius susceptibles de veure els seus drets vulnerats**. Són en aquest cas: les persones grans, les persones migrades i les persones cuidadores familiars, de la mateixa manera que afecta a la justícia entre gèneres² i obstaculitza el "curs normal de les coses" i per tant, requereix de solucions. Aquestes solucions inclourien, entre altres, i segons aquesta tesi, ampliar la nostra mirada a la diversitat epistemològica. Sociològicament parlant, i fent ús d'aquesta disciplina com a eina de comprensió, cal preguntar-se i deconstruir les representacions socials del fenomen de les cures, les categories socials construïdes, més enllà d'entendre la responsabilitat de les cures en base a què s'atribueix a qui. El plantejament dicotòmic de la problemàtica, això és, les cures com a problema "col·lectiu", "social" o "públic" o bé les cures i les seves necessitats percebudes com a problema individual o familiar "privat", pot limitar la comprensió del fenomen perquè, entre altres raons, els significats d'allò públic i privat es van modificant constantment a través de la història i responen a les arbitriïtats del poder. Avui dia, en un marc econòmic i ideològic neoliberal on s'emmarquen els Estats, l'espai públic i els poders públics conviuen i estableixen relacions difuses i connivents amb els espais i poders de l'economia privada. Per altra banda, allò que constituïa

¹ Som ben conscients que *problematitzar una situació social* sociològicament suposa comprendre com la defineixen els que hi participen (W. I. Thomas, en Berger, P.L, 1992:107). Heus ací, els jocs de poder implícits en tot paper social.

² En un món "donat per descomptat" edificat en i a partir de la desigualtat de gènere.

“l’espai privat familiar” ha canviat. Els canvis demogràfics estan buidant les llars de persones. L’espai familiar privat i els escenaris del treball de cures en una societat *líquida o gasosa* com l’actual s’està buidant de significat. La individualització de la vida ha entrat a les llars, les famílies d’avui mantenen vincles més fràgils i les solucions a la cura, lluny de resoldre’s, es deleguen sovint a l’economia global, com és el cas de les dones migrades. Davant d’aquesta situació, el concepte de corresponsabilitat o responsabilitat compartida, sorgeix de la necessitat de qüestionar en quina mesura la cura és o no considerada un assumpte polític, o el que és el mateix, una política de cures que reforci, ajudi a sostenir i desfamiliaritzar les cures, ja que aquestes mai “no s’han distribuït per lliure acord sinó per fortes pressions socials a les dones.” (Duran,2018:11)

Fins a quin punt les persones participants a la recerca consideren que les cures al·ludeixen a una problemàtica que afecta el gènere? Quin espai ocupa el concepte de corresponsabilitat social en els discursos? Per a desvetllar aquest problema, cal comprendre quin tipus d’obstacles o circumstàncies dificulten la consecució de la cura o s’interposen per part de diferents actors socials a l’hora de proveir d’una cura amb uns mínims de qualitat a les persones grans amb manca d’autonomia que escullen o desitgen viure a la llar familiar.



Font: Elaboració pròpia

La recerca interpel·la diferents *agents socials* que intervenen en la cura dels grans a la llar familiar: les pròpies persones receptores de cures i familiars responsables directes de la seva cura; figures representants de la provisió de serveis i prestacions públiques de cures; entitats socials, empresa privada i persones d'origen estranger que proveeixen de treball directe de cures a domicilis familiars. D'acord amb els objectius generals i seguint el plantejament del marc conceptual i teòric, la tesi opta per indagar en el tipus de consistència i fragilitat dels *espais (físics, socials i narratius)* que acullen la cura de les persones grans que viuen una situació de dependència als territoris rurals. Una anàlisi del fenomen de les cures ha de considerar la interrelació de forces que hi intervenen, al mateix temps que la superposició d' espais (com l'espai global i el rural)³ i els seus significats i condicionants. Això és, l'espai configuratiu de la *llar familiar* o les característiques sociodemogràfiques i econòmiques en que es duu a terme la cura com a activitat a les llars; la percepció dels propis agents en relació a actual *provisió pública de serveis* -espai públic- adreçats a la cura sota els condicionants de l'espai rural lleidatà i, finalment, s'examina el paper que està jugant en l'actualitat *l'espai del mercat global de cures* a través de la incorporació dins l'economia de la cura de persones migrades arribades al nostre país en el marc de la globalització. Al mateix temps, s'aprofundeix en *l'espai o categoria social del gènere* i en les representacions i posicionaments d'agents que contribueixen en dibuixar l'estat actual de les cures i els condicionants d'aquesta en els espais rurals.

La recerca analitza els processos derivats de l'actual *Welfare mix o Estat de Benestar mixt* en un món globalitzat en relació a les seves limitacions històriques a l'entorn mediterrani i a una tradició de provisió social pública molt dèbil. Analitza també els efectes sobre la sostenibilitat social i econòmica de les cures en el món rural amb la incidència dels processos globals capitalistes en la seva tendència a la mercantilització de les cures i noves formes de reestratificació social global

³ Les dimensions temps-espai adquireixen centralitat en relació a l'estudi de la vida social (Barañano, 2021), on, alguns investigadors postmoderns opten per la prioritització de l'espai en front el temps (Jameson, 1991, Foucault, 1997) al·ludint a la pèrdua d'hegemonia dels factors progrés i historicisme i al paper que juga avui el caràcter "instantani" en l'era global (Castells, 1997, 2009). "La época actual quizá sea sobre todo la época del espacio. Estamos en la época de lo simultáneo, estamos en la época de la yuxtaposición, en la época de lo próximo y lo lejano, de lo uno al lado de lo otro, de lo disperso. Estamos en un momento en que el mundo se experimenta, creo, menos como una gran vida que se desarrolla a través del tiempo que como una red que une puntos y se entreteje." (Foucault, 1997 citat per Rodríguez González, 2012:20). Altres autors però, no concebeixen diferència en la importància de l'espai sobre el temps optant per a bastir una idea centra de dimensió temporoespacial unificada (Giddens, 1993; Lash i Urry, 1993; Sassen, 2007 i 2010; Barañano, 2021)

D'aquests processos sorgeix la qüestió sobre com es rearticula o sosté la cura de persones grans que viuen una situació de dependència a les llars familiars dins el territori rural lleidatà i com incideix en les relacions de gènere.

Com a instrument teòric, la recerca parteix del potencial analític que ens ofereix el concepte de **Cura social** o social care⁴, que entén l'organització social de la cura com a fenomen que, d'acord amb els canvis socials, econòmics i demogràfics actuals *transcendeix l'espai de la llar i davant el qual urgeix una resposta col·lectiva*, entès el problema de la cura de les persones en situació de dependència com a problema social i col·lectiu en el marc d'una crisi de cures. La cura o les cures són o haurien de ser afer polític, i, de la mateixa manera que en determinats moments històrics, es construeixen i organitzen de forma contraposada o dicotòmica espais públics i espais privats, la recerca parteix de la necessitat de desmuntar o desestructurar espais de cura relegats a l'imaginari que un dia construïa l'espai de cures com a espai privat, generitzat i insondable. Les cures es duuguin a terme en un espai o altre, han de ser objecte de preocupació, acció i resposta social i haurien d'entrar definitivament dins l'agenda política. El concepte *cura social* (Daly i Lewis, 2003) es refereix al *conjunt d'activitats i relacions que intervenen en la satisfacció de les necessitats físiques i emocionals de les persones grans dependents, i els marcs normatius, econòmics i socials en els que s'assignen i desenvolupen*. Daly i Lewis defineixen les cures com a *metaconcepte o activitat transversal* que travessa àmbits diversos i conté suficient potencial analític com per a ésser inclòs dins els Estats de Benestar. La seva aplicació preveuria la creació d'una infraestructura de cures que pot ser analitzada en termes de serveis o a nivell monetari, és a dir, cal centrar-se en uns serveis i unes prestacions concretes en EB concrets. En relació a la divisió del treball, responsabilitat i costos de les cures, cada sector hauria de contribuir en la càrrega global de les cures: família, mercat, Estat i voluntariat sota la noció de *welfare mix*. Pel que fa a la distribució de les cures caldria una distribució de la càrrega de les cures entre homes i dones, entre les famílies i el paper de l'Estat

⁴ Carole Thomas (1993) i Daly i Lewis (2000) proposen el "social care" o formes d'organitzar socialment la cura i proposen la seva inclusió dins les polítiques de l'Estat de Benestar: "*a care-centred concept – which we name social care – that countenances and develops care as an activity and set of relations lying at the intersection of state, market and family (and voluntary sector) relations. We are especially concerned to examine what the concept of social care can tell us about welfare state variation and welfare state change and development.*" (Daly and Lewis, 2003)

Per altra banda, s'al·ludeix al concepte de **crisi de cures**, vinculada a les transformacions en la reproducció social. La Crisi de cures (Hochschild, 2008; Simonazzi, 2009) sorgeix a partir de la transformació de les estructures tradicionals pel que fa a la divisió sexual del treball. Es fa visible quan convergeixen la presència massiva de dones al mercat laboral i l'augment de les situacions de dependència vinculades a la vellesa i a la discapacitat, de manera que es produeix un desajustament, una transformació, i un "buit" entre el tipus de respostes i pràctiques tradicionals de cures i les necessitats emergents actuals vinculades a l'envelliment i sobreenvelliment rurals. L'estat de les cures constitueix un indicador de les actuals modalitats d'Estat de Benestar occidentals. En la seva modalitat de *Welfare Mix* i dins el marc postglobal i neoliberal on dels anys setanta i vuitanta del segle passat, els Estats occidentals han exercit un transvasament de serveis cap als mercats en relació a la provisió de cures, de manera que els mercats s'expandeixen i ho fan en condicions de mercantilització "a través d'una fe creixent en l'aplicació de principis de mercat al sector públic."(Daly i Lewis,2000:241). La fase del capitalisme actual dona el protagonisme al capital financer per a disciplinar els Estats i allò públic en interès dels inversors privats, sobretot per a exigir desinversió pública en la reproducció social i "l'emancipació s'uneix a la comercialització per desvirtuar la protecció social"(Fraser,2016).

Els objectius generals de la tesi són, en primer lloc, deconstruir la representació social del fenomen de les cures sota l'accepció de cura social i segons la qual les cures constitueixen un problema social i col·lectiu que transcendeix la llar familiar. En segon lloc, dur a terme un perfil de les llars familiars rurals on hi viuen persones grans en situació de dependència relacionant-lo amb els canvis sociodemogràfics i extrapolar tendències actuals relacionades amb les estratègies familiars de cura. En tercer lloc, analitzar l'estat de la provisió pública de cures a les llars familiars de les zones rurals lleidatanes amb persones en situació de dependència en relació a la privatització i mercantilització de la cura. El quart objectiu consisteix en interpretar els canvis en el sistema d'obligacions familiars en el marc d'una crisi de cures i de reproducció social, en el marc de les relacions de gènere, els processos de refamiliarització i refeminització de la cura. Finalment, el darrer objectiu preveu analitzar com s'articulen noves relacions econòmiques entre llars familiars i dones migrades- cadenes globals de cures- en el món rural, en el marc del capitalisme global, des d'una perspectiva de gènere interseccional.

L'estructura de la tesi preveu, en una primera part, l'estat de la qüestió o marc teòric, això és, el context actual en que es duen a terme les cures: l'espai rural, l'espai de la llar familiar, l'espai de les cures (en relació a la categoria social gènere) i l'espai global on s'emmarca el fenomen estudiat. Una segona part exposa la construcció del model d'anàlisi i la metodologia utilitzada. La tercera part presenta els resultats i la seva discussió. La quarta i darrera part fa referència a les conclusions

PART I: ESPAIS RURALS, LLARS, CURES I GLOBALITZACIÓ

La primera part d'aquesta tesi planteja un recorregut teòric en relació a l'objecte d'estudi relacionant els canvis productius en el món rural vinculats a la globalització amb les transformacions en les pautes de reproducció social. Aquests canvis, juntament amb la situació sociodemogràfica actual catalana (i lleidatana) s'assimila a les transformacions demogràfiques com el sobreenvelliment i l'augment de situacions de dependència de la resta d'Estats de la Unió Europea, actuant com a condicionants de l'estat actual de les cures en relació a les persones grans, de la mateixa manera que incideixen en els rols de gènere i en les dinàmiques de les llars familiars. El territori lleidatà s'insereix en el model mediterrani pel que fa al tipus de polítiques de protecció social, caracteritzat tradicionalment per un alt nivell de familisme i familiarisme, el qual entra en revisió i en qüestionament en el marc d'aquesta tesi.

Aquesta part s'estructura en cinc capítols: el primer sobre *Els espais rurals*, fa una aproximació teòrica de la ruralitat a partir de disciplines com la geografia i la sociologia rurals. S'exposen els canvis provocats per la globalització i les noves ruralitats. Es mostren els trets demogràfics relatius al territori lleidatà i, finalment, s'introdueix la variable gènere en la ruralitat. El segon capítol, s'endinsa en l'espai configuratiu de la *llar familiar* com a centre i espai simbòlic on s'han dut a terme les cures en l'envelliment. S'apunten els actuals indicadors demogràfics relatius tant a l'envelliment rural com l'estructura i composició de les llars. El tercer capítol, *l'espai de les cures*, contempla com a eix essencial la perspectiva de gènere en relació a les cures, el treball de cures, la cura social, l'estat actual de les persones beneficiàries de cures i en situació de dependència, i de les prestacions i serveis adreçades a la cura, i s'exposen els factors explicatius de la crisi de cures i de reproducció social actuals. El quart capítol, anomenat *l'espai global*, mostra les conseqüències de la globalització en l'escenari actual de les cures en el context mediterrani. El capítol cinquè, dibuixa l'escenari actual i fa una crida a la necessitat tant de respostes públiques al problema de la cura com a la necessitat de diversificar els marcs epistemològics des dels quals s'efectuen les principals mirades actuals tant polítiques com acadèmiques a les cures.

Capítol 1. ELS ESPAIS RURALS COM A CONTEXT DE CANVIS PRODUCTIUS VINCULATS A LA CRISI DE CURES I DE REPRODUCCIÓ SOCIAL

1.1 Els espais rurals: una revisió a l'imaginari de la ruralitat.

El “món donat per descomptat”⁵ (Schutz,1932) dota fàcilment d'imatges o esquemes mentals associats històricament als espais rurals, fins al punt que es podria ben dir que “*allò rural és un espai imaginat*”(Woods,2011). Imatges resultants de construccions arquetípiques que dibuixen trets idíl·lics basats en escenaris verds, silenci, natura, tradició agrària i relacions comunitàries d'acord amb la idea de Tönnies de *Gesellschaft*. Una altra cara menys idíl·lica de l'imaginari social presenta aquests espais com a “buits de població”, envellits, mancats d'oportunitats laborals, sota idees basades en el pes feixuc de la tradició, rigidesa, resistents al canvi o fins i tot immobilisme. Aquestes imatges en forma d'estereotips, serien *pre-nocions* que tenen per funció “reconciliar a tot preu la consciència comú amb ella mateixa” (Bourdieu i Wacquant,1994:28), proposant explicacions, encara que contradictòries, d'un mateix fet. Aquestes ‘representacions esquemàtiques i sumàries’ que es formen per la pràctica i per a ella, reben la seva evidència i autoritat de les funcions socials que compleixen (Bourdieu i Wacquant,1994:28, citant a Durkheim). Els discursos hegemònics quotidians “oficials” i la informació que se'n deriva, són però útils, ja que hom s'adona que “*existeix una correspondència entre l'estructura social i les estructures mentals, entre les divisions objectives del món social i entre els principis de divisió i visió que els agents apliquen*”(Bourdieu,1989:7). La sociologia ens mostra com els sistemes simbòlics no són només instruments de coneixement, sinó també instruments de domini i com a operadors d'integració cognitiva i gràcies a la pròpia lògica, *promouen la integració social en un món arbitrari* (Bourdieu i Wacquant,1994:22).

Determinants ideològics dins la pròpia visió cultural i la nostra posició en l'espai social juguen un paper essencial a l'hora de definir “allò rural”, de la mateixa manera que sovint

⁵ Traducció del terme alemany “Das fraglo-gegeben” (Schutz,1932) referent a la realitat espontània i acriticament assumida i diu:“el món donat per descomptat” és sempre aquell nivell particular d'experiència que sembla no necessitar de més anàlisi. El fet de que un nivell així es doni per descomptat depèn de l'interès pragmàtic de la mirada reflexiva que s'adreça cap a ell i, per tant, al particular *Aquí i Ara* des del qual s'adreça aquesta mirada. (Schutz,1993:110 1a reimpressió espanyola de l'obra original)

s'ha conceptualitzat allò rural envers allò urbà o allò que no és urbà. No s'ha definit per les seves categories pròpies, o des de la pròpia visió de qui habita en els espais rurals, sinó com a *territori on la ciutat hi és absent* (Aldomà, 2009). El fet rural, sovint definit i construït des de la ciutat i des de discursos hegemònics planteja la urgència d'una deconstrucció basada en un diàleg directe amb els/les propis actors-es socials, les seves subjectivitats i el seu conjunt de significacions amb l'aplicació d'una governança que permeti accedir a les representacions socials pròpies dels habitants que hi viuen.

Els efectes de la globalització, en ple segle XXI han transformat les relacions espacials, i els espais rurals convergeixen i interactuen amb els espais globals. La concepció de límits i fronteres s'ha modificat, per tant, “the juxtaposition of the countryside and the city is artificial by nature. Therefore, it is this artificiality and imagination that needs to be studied more closely” (Woods:2011:11). Així doncs, fa temps que es qüestiona la contraposició rural-urbana fins al punt que deixa de tenir sentit, de manera que la tesi que es presenta opta per fer un tractament de l'espai rural des del *coneixement situat*⁶, analitzant els atributs d'una realitat amb trets distintius propis, des dels habitants propis del territori lleidatà, tot i conscients dels efectes globals homogeneïtzadors que estan transformant arreu sectors, teixits productius i imaginaris socials. Ja fa més de dues dècades que una incessant mobilitat geogràfica estan forjant noves maneres de fer i d'encarar la vida en el món rural, com és el cas dels moviments migratoris externs. Des d'una mirada global, els espais rurals, amb trets propis, es transformen, tot i la centralitat econòmica i política que adquireixen encara els nuclis urbans amb les seves economies d'escala i de connexió global, que atorguen característiques de zona perifèrica a aquests espais, en relació als fluxos de desenvolupament (Camarero,2020).

El terme “rural” entès com a categoria social es veu imbuït per moltes interpretacions, i sota el concepte *ruralitat*, és susceptible d'ésser utilitzat com a substantiu o com a adjectiu que dota d'atributs o qualifica un determinat estat de les coses (Paniagua i Hoggart,2002). Es tracta doncs d'un terme versàtil i ambigu, complex, al qual cal arribar a través de la revisió dels trets definitoris. La qüestió aquí és, en base a què definim allò rural. Es pot atribuir caràcter causal a aquesta categoria? és a dir, el fet geogràfic i econòmic rural condiciona processos socials i econòmics en un determinat espai? O les

⁶ (Veure Segona part de la tesi, referent a la metodologia, on s'amplia aquest concepte) El coneixement situat (Haraway,1987) proposa parlar dels objectes d'estudi posant en evidència el lloc d'on es parteix, ja que, independentment del tipus de mètode utilitzat, cap coneixement està deslligat del seu context ni de la subjectivitat de qui l'emet.

transformacions socials i econòmiques són factors claus que modifiquen l'espai rural? Es pot pensar "allò rural" de forma substantiva o variable independent?. En relació al nostre objecte d'estudi, el fenomen de les cures en un context rural, compremem l'atribut rural" com a adjectivació potencialment constructora de concepcions simbòliques arrelades als processos de producció, transmissió del patrimoni i la terra i condicionants d'unes determinades pràctiques ancestrals, com el pairalisme, en relació al fenomen de les cures. En aquest sentit, un dels motors de canvi s'atribuiria, en el marc d'aquesta tesi, al factors econòmics i a les conseqüències de la globalització que incideixen en el fet rural i en les seves formes de vida, transformant les condicions materials i socials d'existència, les cosmovisions del món rural tradicional i els seus imaginaris.

1.2 Aproximacions al concepte *ruralitat*

Endinsar-se en voler definir *allò rural* suposa submergir-se a comprendre en què s'han basat les aproximacions o tradicions acadèmiques al fet rural-, recolzades les unes amb pretensions d'objectivitat -tradició quantitativa-descriptiva-, i, altres, sota una perspectiva subjectivista o constructivista -aproximació qualitativa-, amb la finalitat de comprendre quina riquesa ens aporten i com es poden complementar.

Halfacree (1993) planteja quatre vies d'aproximació a l'anàlisi del món rural: *descriptiva o quantitativa, sociocultural, allò rural com a sinònim de local i com a construcció social*. Paniagua i Hoggart (2002), partint dels enfocaments en l'àmbit de la geografia dins l'anàlisi moderna de la *ruralitat* distingeixen entre *l'enfocament quantitatiu o funcional, el qualitatiu i l'anàlisi de fluxes*, que coexisteixen en el temps i podrien complementar-se.

En aquesta recerca s'opta per 'rebatejar' aquestes aproximacions en el que es pot anomenar una perspectiva objectivista -més positivista- i una de subjectivista o construccionista en relació a *allò rural*.

1.2.1 Perspectiva objectivista, descriptiva o quantitativa

Aquesta perspectiva es caracteritza per definir el món rural com a estructura objectiva, vista des de l'exterior, les articulacions de la qual poden ser observades materialment i poden ser mesurades i cartografiades independentment de les representacions dels qui les habiten (Bourdieu i Wacquant, 1994). El focus **descriptiu o quantitatiu** veu plausible definir *allò rural* a partir de variables o indicadors estadístics com la població o la densitat,

a partir de dades observables, paràmetres que permeten elaborar una gradació entre el que és rural fins a l'urbà. Creu que es pot fer una distinció entre espais rurals i urbans en base a característiques socioespacials amb base estadística (Halfacree, 1993).

La mesura de **la població** sovint s'utilitza com a criteri i en el cas de Catalunya i Espanya, l'Institut Nacional d'Estadística estableix el límit entre municipi rural i urbà en 2.000 habitants. Aquest criteri és compartit per França, als Estats Units (2.500 h.); però a Canadà (1.000 h.) i Islàndia (500 h.), Japó (30.000 h.). (Veure Taula 1.1)

Taula 1.1 Població oficial basada en les definicions de municipis rurals

<i>Definició utilitzada per</i>	<i>Població màxima d'un municipi rural (Hab.)</i>	<i>Notes</i>
Islàndia	300	Mínima població d'una unitat administrativa urbana
Canadà	1.000	Amb densitat de població inferior a 400 km ²
Espanya	2.000	
França		
Estats Units	2.500	
Anglaterra	10.000	Definició de l'Agency countryside
Nacions Unides	20.000	
Japó	30.000	Població mínima d'una unitat administrativa urbana

Font: Halfacree (1993)

La taula anterior mostra com el recompte de persones i la densitat de població poden variar en funció de les fronteres i els límits administratius i són altament modificables en el temps degut a agregacions de nuclis i la creació de nous municipis (Mendizábal, 2009; Morera i Tort, 1988. Citats per Guirado-González, 2011).

Un altre criteri és **la densitat de població**, segons l'Organització per a la Cooperació i el Desenvolupament Econòmic (OCDE, 1994), considerava espai rural a aquell que té una densitat menor de 150 habitants per km². En aplicar aquest criteri, feia ús de dos nivells jeràrquics: el nivell local, -municipis- i el regional. Classificava les regions en *predominantment rurals*, *intermèdies* i *predominantment urbanes*. Les regions que tenien més del 50% dels municipis amb densitats menors de 150 hab/km² es definien com a *predominantment rurals*, en el cas de *les intermèdies* (15%-50%) i les situades per sota del 15% *predominantment urbanes*.

Més tard, la OCDE introdueix una tipologia⁷ que implica una nova classificació de les zones intermèdies i predominantment rurals considerant el temps que tarda almenys el 50% de les persones a accedir a una població d'almenys 50.000 habitants conduint un vehicle.

L'establiment d'aquests criteris, en el fons, presenta certa arbitrarietat que dificulta la definició *d'allò rural* en els casos que un municipi petit pot ser considerat rural segons la seva densitat de població però no segons la població total. Per exemple, la localitat lleidatana d'Artesa de Segre té 3.400 habitants però una densitat molt baixa, 19,33 hab/km², i la seva distància del nucli de Lleida és de 52 km i/o aproximadament 46 minuts en cotxe. O a l'inrevés, Benavent de Segrià té 1.518 habitants que el considerarien municipi rural i una densitat de 205,14 hab/km² i es troba només a 15km de Lleida. Els habitants del nucli urbà de Lleida, que suposen una tercera part del total de la província, viuen en una densitat de 661,34 hab/km² (Lleida aplega 140.403 habitants dels 431.183 de la demarcació territorial). La mitjana però, de la densitat de població del territori lleidatà és només de 36 habitants per km². La qüestió aquí és: quins criteris exactes ens serveixen per a mesurar els espais rurals? o encara més, pretendre mesurar-los potser fa que se'ns escapi de les mans el que estem observant.

Partint del fet que els criteris anteriors no són suficients o no són els únics per a classificar els espais rurals, Jonard et al (2009), en el context de la UE, reorienta aquesta classificació, tot i mantenint el criteri dels 150 habitants per km², però s'hi afegeixen dos criteris més: *l'accessibilitat i el tipus de cobertura del sòl*, criteri provinent de (Vard, Willems i Peters, 2005). L'indicador d'accessibilitat que s'adopta fa referència al temps per carretera de viatge a nuclis urbans que superen una dimensió mínima (els llindars de nuclis urbans són de 50.000 i 100.000 habitants). I es proposen dos factors d'impedància com un índex de congestió i un altre de pendent, es fa ús de llindars alternatius referents al temps de viatge, 30, 45 i 60 minuts. Pel que fa a la cobertura del sòl, es té en compte (Vard et al, 2005) el caràcter natural d'una determinada entitat local considerant que és rural aquella en que almenys el 90% està coberta per boscos, dedicada a usos agrícoles o compta amb una cobertura del sòl natural (Reig, Goerlich i Cantarino, 2016).

⁷ Aquesta tipologia té cinc categories: àrees predominantment rurals i remotes (tarden més de 45' a una població gran); predominantment rurals però properes a una ciutat (menys de 45'); intermèdies i remotes (menys de 45'); intermèdies i properes a una ciutat (menys de 45') i urbanes (Brezzi, Dijskra i Ruiz, 2011, citats per Reig, Goerlich i Cantarino, 2016).

Emergeix una classificació de les entitats locals que es basa en aquests tres criteris: 1) es pot considerar rural aquella entitat local amb una densitat per sota de 150 quilòmetres quadrats, i urbana, si supera aquest llindar. 2) Les entitats rurals es diferencien de les *perifèriques* -si es troben a més de 45 minuts en cotxe d'una ciutat d'almenys 50.000 habitants, o *accessibles* si la distància és menor. 3) les entitats urbanes es diferencien entre aquelles *d'espai obert*, si almenys el 75% està coberta per superfície agrícola, forestal o natural i d'espai tancat, en la resta dels casos. Sorgeix així la classificació LAU, o quatre classes d'entitats locals: rurals perifèriques, rurals accessibles, urbanes amb espai obert i urbanes amb espai tancat. (Reig, Goerlich i Cantarino, 2016:24)⁸

Als anys setanta del segle passat Cloke introdueix *l'índex de ruralitat* amb la intenció d'establir una gradació entre àrees extremadament rurals a altres no rurals i amb això volia mesurar la intensitat i els límits espacials d'allò rural. Aquest enfocament partia del fet que existeixen àrees urbanes, suburbanes, residencials i rurals. Aquest model no deixava de polaritzar i dur a terme una dicotomia que contraposava espai rural d'urbà. A aquesta aproximació s'hi adscriuen Smith et al (1973) Cloke (1977) i Cleveland (1995), i ho fan amb paràmetres que permetin mesurar i traçar un *índex de ruralitat*.⁹

Una altra classificació que tracta de definir el medi rural és el relatiu a la Llei vigent 45/2007, de 13 de desembre, *para el desarrollo sostenible del medio rural* en l'art.3:

A los efectos de esta Ley, se entiende por: a) Medio rural: el espacio geográfico formado por la agregación de municipios o entidades locales menores definido por las administraciones competentes que posean **una población inferior a 30.000 habitantes y una densidad inferior a los 100 habitantes por km2**. b) Zona rural: ámbito de aplicación de las medidas derivadas del Programa de Desarrollo Rural Sostenible regulado por esta Ley, de amplitud comarcal o subprovincial, delimitado y calificado por la Comunidad Autónoma competente. c) Municipio rural de pequeño tamaño: el que posea una población residente inferior a los 5.000 habitantes y esté integrado en el medio rural.

Aquesta Llei, en l'art.10, fa una delimitació i qualificació de les zones rurals, destinada a l'aplicació del Programa de desenvolupament Rural Sostenible adreçat a les comunitats autònomes:

⁸ Jonard et alt (2009) passa la classificació anterior a nivell regional, i segons la classificació de la OCDE de regions rurals, intermèdies i urbanes. Les rurals queden dividides en rurals remotes i rurals accessibles depenent del nombre de persones que hi viu. Les regions intermèdies i les urbanes es classifiquen amb un criteri similar: amb espai tancat i amb espai obert, els resultats són sis tipus de regions.

⁹ Cloke establí les bases per a definir els graus de ruralitat a Gales i Anglaterra i després s'utilitzaria a nivell administratiu. Feia ús de 16 variables censals: densitat de població, canvi de població, població de més de 65 anys, població de d'homes de 15-65 anys, població de dones de 15-65 anys, articles per a la llar, taxa d'ocupació, taxa de població en el sector serveis, estructura ocupacional, models de desplaçament diari, immigració, emigració, balanç migratori, distància envers el centre urbà més proper de 50.000 habitants, distància envers el centre urbà més proper de 100.000 habitants, i distància envers el centre urbà de més de 200.000 habitants. Cleveland (1995) proposa variables diferents en relació a aquest índex: accés metropolità per carretera interestatal, percentatge en ocupació minorista, percentatge ocupació en agricultura i de professionals, ingressos mitjans per llar, percentatge de famílies en situació de pobresa, ratio de nivell educatiu, nivells ocupació, densitat de població, envelliment.

a) *Zonas rurales a revitalizar*: aquellas con escasa densidad de población, elevada significación de la actividad agraria, bajos niveles de renta y un importante aislamiento geográfico o dificultades de vertebración territorial. b) *Zonas rurales intermedias*: aquellas de baja o media densidad de población, con un empleo diversificado entre el sector primario, secundario y terciario, bajos o medios niveles de renta y distantes del área directa de influencia de los grandes núcleos urbanos. c) *Zonas rurales periurbanas*: aquellas de población creciente, con predominio del empleo en el sector terciario, niveles medios o altos de renta y situadas en el entorno de las áreas urbanas o áreas densamente pobladas.

El perill general d'aquesta perspectiva- objectivista-descriptiva, rau en què si no es proporciona un principi de creació de les regularitats de les que parla, és a dir, si no s'expliciten les característiques relatives d'un determinat moment històric, pot caure en un relativisme històric o reduccionisme, i a nivell metodològic caldria també justificar per què s'utilitzen aquests indicadors, aquestes variables i no unes altres. Halfacree(1993) adverteix que aquests enfocaments només ofereixen capacitat descriptiva, però no explicarien què passa en el món rural. "Descriptive methods only describe the rural, they do not define it themselves'. The descriptive definitions simply reflect preconceptions about what rural areas should be like, but offer no explanation as to why they are like that (or not)" (Halfacree,1993:24). És difícil definir amb precisió analítica els límits dins la categoria rural, i ho és fins al punt que molts acadèmics optaren per a no utilitzar-la degut a les dificultats relacionades (Hoggart,1988). Altres autors, qüestionant la idea de ruralitat com a pertanyent al passat, proposen el terme "postruralitat" i "geografia rural postmoderna" vinculant-la als trets de l'anomenada postmodernitat (Murdock i Pratt, 1993). Posteriorment, autors com Battaglia, Certomà i Frey (2015) fan referència al canvi de valors de tangibles a intangibles a través dels nous atractius provinents del món urbà que troben en el camp post-rural un catalitzador de nous actors, això és, l'anomenat nou capitalisme post rural.

A Catalunya l'Observatori del Món Rural (OMR)¹⁰, versió actual de l'Atlas del Món Rural (2009) que venia realitzant la desapareguda Fundació del Món Rural, ha estat una eina recopilatòria de dades d'un conjunt d'indicadors sobre Catalunya (demogràfics, econòmics, sobre serveis i qualitat de vida, sobre territori i medi

¹⁰ OMR. Primera edició (2020) Departament d'Agricultura, Ramaderia, Pesca i Alimentació, amb dades de la Fundació del Món rural, de la que assumeix les funcions el propi Departament, a partir de 2019. <https://agricultura.gencat.cat/ca/departament/estadistiques/publicacions/opuscles/observatori-mon-rural/visualitzacio-indicadors>. En aquest cas, els criteris utilitzats per a definir allò rural i allò urbà: **Rural-Urbà**: els municipis amb una densitat de població <150 hab./km², o que tot i ser superior, la seva població és <5.000 habitants, es consideren rurals, la resta urbans

ambient i socioeconòmics) agrupats anualment, on es mostra l'evolució de dades any rere any. Aquests indicadors comparen el món rural amb l'urbà i aporten una desagregació per sexe.

1.2.2 Perspectiva “subjectivista” o constructivista: tradició qualitativa.

Anomenem “subjectivista” a aquesta perspectiva en el sentit que la realitat rural “se’ns representa” d’una manera o altra depenent del punt de partida o coordenada espai-temps des d’on la mirem. No utilitzem el terme subjectiu com a sinònim d’arbitrari o ideal, sinó en la seva accepció de significat susceptible d’èsser percebut com a construcció social, dins d’unes condicions socials, culturals i econòmiques concretes. Aquesta perspectiva afirmaria que la realitat és una *realització contingent i incessant* d’actors socials competents que construeixen contínuament el seu món social a través de pràctiques enginyoses organitzades de la vida quotidiana (Garfinkel, 1967:11, citat per Wacquant i Bourdieu, 1992:18).

L’enfocament qualitatiu pretén caracteritzar “allò rural” en els seus processos, estructures i percepcions. Dins d’aquesta perspectiva s’hi troben **els estudis socioculturals** que cerquen trobar els *trets identitaris* dels habitants del món rural. Aquestes aproximacions han distingit allò rural d’allò urbà en base a valors i comportaments dels uns i dels altres. Halfacree (2004) posa l’exemple de Wirth (1938) que suggeria que la vida urbana era dinàmica, inestable i impersonal, on els residents tenien contactes diferents a través de la feina, la casa i el lleure, mentre que la vida rural la vida era estable, integrada i estratificada, contactant amb les mateixes persones en contextos diferents.

Taula 1.2 Algunes dicotomies vinculades a rural/urbà

AUTORS	RURAL -NO URBÀ	URBÀ
Becker	Sagrat	Secular
Durkheim	Solidaritat mecànica	Solidaritat orgànica
Maine	Estatus	Contacte
Redfield	Folk	Urbà
Spencer	Militar	Industrial
Tönnies	Comunitat-Gemeinschaft	Associació- Gesellschaft
Weber	Tradicional	Racional

Font: Halfacree (2004), basat en Phillips i Williams, 1984 i Reissman, 1964

Aquesta dicotomia, sobredimensionada (taula 1.2) i que coincideix amb els estudis de la sociologia rural nordamericana de les primeres dècades del s.XX, fou criticada per Pahl (1968) qüestionant *la idea de contínuum rural-urbà* (Sorokin i Zimmerman, 1929)¹¹ demostrant que simplificava les dinàmiques socials i afegia que “algunes persones són de ciutat però no hi són i altres són de poble i viuen en ciutats”. A més, aquesta dicotomia tenia com a base o idea de fons el *necessari* “progrés” entre allò tradicional i allò modern, del rural a l'urbà o de l'agricultura a la indústria (Osorio, 2011). Cap a finals de la segona Guerra Mundial aquesta perspectiva analítica es va anar superant a partir de les transformacions socials i econòmiques que sofrí l'estructura agrària dels Estats Units. El procés de modernització tecnològica i la mercantilització de les relacions socials al camp, solaparien aquesta idea (Schneider, 1997). Alhora, la sociologia urbana dels 70-80 efectuà una crítica a aquesta divisió urbà/rural al·legant que el que feia era representar el conflicte existent entre dues realitats diferents, l'una en ascens i l'altra en descens (Mingioni i Pugliese, 1987; Osorio, 2011). Solari (1971) (citada en Osorio, 2011) considerava que la sociologia rural existia degut a una doble crisi, la migració del món rural a l'urbà, i les ciutats han crescut gràcies a això, però per altra banda hi ha una invasió de les ciutats cap al món rural, fet que comporta una urbanització del món rural.

Altres aproximacions amb la finalitat de comprendre *l'estructura local del món rural* provenien d'un ampli debat dins la geografia de finals dels vuitanta del segle passat que explorava fins a quin punt les estructures locals moldejaven o configuraven processos socials i econòmics. La ruralitat és vista com a producte d'unes *estructures locals concretes* que la diferenciaven de les localitats urbanes (Guirado-González, 2011). Volien estudiar “l'efecte local en allò rural”. Halfacree (1993) planteja tres maneres de fer-ho: en primer lloc, l'espai rural s'havia d'associar *al sector primari o agricultura i ramaderia* com a sector competitiu. En segon lloc, es creia que les localitats amb molt baixa densitat tenien connexions distintives entre allò rural i el consum col·lectiu diferenciant-se del món urbà amb una més gran presència d'espais de producció d'aliments i altres matèries

¹¹ Sorokin identificà nou punts que permetien diferenciar allò rural i allò urbà: 1) ocupacionals- el món rural està compostat per individus que en la seva totalitat es dediquen a tasques agrícoles i ramaderes. 2) ambientals- allò rural permet treballar a l'aire lliure, en contacte amb la natura i més exposat amb les condicions climàtiques. 3) Mida de les comunitats- Les característiques del món agrícola dificulta l'agrupació dels camperols en grans aglomeracions. 4) Densitat poblacional- les comunitats rurals tenen una densitat més baixa que les urbanes. 5) Homogeneïtat i heterogeneïtat- les comunitats rurals tendeixen a ser més homogènies que les urbanes. 6) Diferenciació, estratificació i complexitat social- les zones urbanes presenten més divisió social del treball, més estratificació i complexitat socials. 7) Mobilitat social- les àrees urbanes es caracteritza per una mobilitat territorial més alta. Al món rural es canvia menys de feina 8) Direcció de les migracions- Les migracions són unidireccionals, o del camp a la ciutat. 9) integració social- es considerava que “allò avançat era el món urbà-industrial i allò rural seria residual.

primeres. Tercer, les localitats rurals s'identificaven amb un rol específic a l'hora de consumir, incloent el consum col·lectiu de llocs turístics i el consum privat de compradors de cases. Aquest enfocament fallà en el sentit que no hi havia trets que poguessin ser considerats intrínsecament rurals. A més, avui dia el desmantellament del sector primari degut als processos de desagrarització per una banda, i per una altra, aquesta distinció dels espais rurals com a ocupació dels seus habitants i la presència-absència d'espais de producció primària no és vàlida en el context actual ja que "els espais rurals són cada vegada menys espais de producció i més de consum"(Guirado-González,2011).

Els processos de reestructuració capitalista i la globalització han atorgat característiques en alguns aspectes similars tant als espais rurals com als urbans, fet que comporta un molt menor grau de diferenciació. Aquesta tesi, en el capítol sobre l'Espai global on es mostren els resultats de la recerca *Cadenes globals de cures feminitzades a Lleida* indaga en com les estructures pròpies dels espais rurals actuals han assimilat els processos de mercantilització global de les cures, a través de la contractació de dones, en molts casos d'origen estranger per a donar resposta a la "crisi de cures".

"Allò rural" com a representació social.

Halfacree(1993) afirma que hi ha un camí alternatiu per a definir la ruralitat, que no requereix d'estructures abstractes generals que vulguin mesurar-la. Aquesta alternativa prové del fet que "*the rural" and its synonyms are words and concepts understood and used by people in everyday talk*" (Halfacree,1993:29). Per tant, en lloc de pretendre identificar característiques socials particulars com a distintives del món rural, l'enfocament de les representacions socials comença preguntant-se quins símbols, imatges es conjuguen en relació a allò rural. Segons aquest geògraf anglès, és una forma molt més flexible i encertada de definir la ruralitat. Els canvis socials i econòmics fan que no hi hagi un espai rural específic que pugui ser funcionalment definit, sinó que hi ha molts espais socials imaginats ocupant el mateix territori (Mormont,1990). Halfacree defineix el terme *construcció social* com "The way in which people give themselves, a place, an object or an idea an identity by attributing it with particular social, cultural, aesthetic and ideological characteristics. A social construct exists only in as much that people imagine it to exist". Aquesta aproximació ens diu que no es pot definir un espai rural per la seva densitat, xifres estadístiques o característiques estructurals, sinó que les persones es fan la seva pròpia imatge sobre el què és rural. Fa referència a aquestes idees preconcebudes o prenoacions que les persones es fan a través del que llegeixen, viuen o escolten.

Per tant, en aquest sentit la pregunta seria: en base a què es construeixen les persones idees sobre allò rural? Comprenent el concepte de ruralitat com un “estat de la ment”. Halfacree afirma que la “ruralitat” és construïda socialment i “allò rural” esdevé un món de valors morals, socials, culturals dels quals participen els propis habitants (Cloke i Milbourne, 1992). Hi hauria, per tant, diferents *discursos sobre la ruralitat*, depenent de qui els emeti. Halfacree recorda que els discursos acadèmics són un tipus de discurs, als que acompanyen els dels polítics, els de la pròpia pagesia i ramaderia, i en el cas que ens ocupa, els diferents discursos provinents de les dones que viuen el treball de cures en els espais rurals. Els discursos¹² fan referència a “la manera com es veuen les coses”, a la col·lecció d’idees, creences i judicis que ens informen i fonamenten els nostres actes. Aquests, sovint estan influenciats pels mitjans de comunicació, per la socialització, l’educació i també pel “sentit comú”¹³.

Als anys noranta, Frouws(1998), també des d’aquesta perspectiva constructivista, classifica l’espai rural europeu segons tres grans discursos: 1) *L’agro-ruralista* fonamentat en la dimensió social segons la qual la pagesia és la dipositària dels valors que s’assignen al camp i on la ruralitat és entesa com una coproducció ésser humà-naturalesa.2) *L’utilitarista*, fonamentat en la dimensió econòmica segons la qual els problemes de subdesenvolupament de moltes àrees estan relacionats amb una gestió inadequada de les seves potencialitats de producció i consum, i 3) un discurs *hedonista*, fonamentat en la dimensió cultural, segons el qual el principal problema de les àrees rurals rau en el deteriorament dels seus valors estètics i la cultura popular (Paniagua i Hoggart,2002).

Un altre enfocament, anomenat *enfocament dels fluxos* (Paniagua i Hoggart,2002) aporta els conceptes *l’idil·li rural* i *producció i consum d’espai*. L’idil·li rural s’ha utilitzat per a explicar l’atracció que exerceixen els espais rurals sobre les poblacions urbanes i

¹² Derek Gregory, diferencia tres aspectes diferents en el discurs: 1) els discursos no són idees abstractes, independents sinó que estan imbuïdes per la vida quotidiana, justifiquen els nostres actes i es veuen reproduïts a través de les nostres accions. 2) els discursos produeixen “el nostre món donat per descomptat”, naturalitzen una visió particular del món i una posició entre nosaltres i els altres 3) els discursos sempre produeixen coneixement parcial, situat, reflectit per les nostres circumstàncies. Es caracteritzen per les relacions de poder i coneixement i estan sempre oberts a negociació i resposta.

¹³ Segons Popper el sentit comú constitueix un fonament no segur amb connotacions vagues i canviants. Des d’un punt de vista sociològic es podria definir com a conjunt de principis, percepcions, expectatives, practiques i creences compartides pels membres d’una comunitat i que es consideren immediats i autoevidents. Moore el defineix com a criteri d’acceptació universal relatiu a les creences que d’una manera general se suposa que són verdaeres. Segons aquest autor, el sentit comú no constitueix prova de veritat sinó de plausibilitat i, per tant, té un sentit de prudència. Els mitjans de comunicació i altres institucions, com a elements portadors d’ideologia dominant, aconsegueixen reproduir les representacions mentals d’aquesta ideologia sota el fals embolcall de l’evidència col·lectiva o sentit comú. Així doncs, la reproducció d’aquests valors dins un sentit comú construït s’intenta fer per mitjà d’allò que esdevé com un acte de violència simbòlica (Bourdieu).

recull imatges idealitzades del camp, verd, atractiu com a refugi de la modernitat. Aquest concepte s'ha utilitzat per a explicar el fenomen contraurbanització, neoruralitat, o migració de persones exurbanes a espais de més baixa densitat. En contraposició existeix la versió *anti idil·li rural* com a expressió del deteriorament exercit sobre els espais rurals i paisatges a causa de la massificació i intervenció humana. La idea de “tornar al camp” o de la ciutat al camp també construeix una sèrie de discursos durant les darreres dècades, i que també han fet ressò en temps de pandèmia(COVID-19). Avui els *espais rurals* es presenten, a nivell simbòlic, com a alternativa de qui vol fugir de la gentrificació, alts preus de l'habitatge, condicions laborals precàries i contaminació urbanes, i, després de la *pandèmia*, renovació i qualitat de vida.

L'actual crisi sanitària global a causa de la COVID-19 ha posat en evidència que el despoblament o la vida en espais més oberts i amb una ocupació baixa ha estat favorable per evitar l'afectació del virus i ha proporcionat una major qualitat de vida en temps de confinament. Així, s'ha presentat “l'estil de vida del món rural” com un valor de vida alternativa per a la ciutadania urbana, que ha patit més contagis, més defuncions i més crispació política. (Baylina, 2020:103)

Tanmateix, a dia d'avui, aquests espais anomenats “rurals” es debaten encara per la urgència de tenir, per exemple, instal·lada prou fibra òptica per a millorar la connectivitat, teletreballar, crear estructures econòmiques sostenibles, donar serveis realment propers a les persones i apostar per un turisme alternatiu no massificat de qualitat, consolidant una economia terciaritzada i diversificada que permeti retenir els seus habitants. Si fa més d'una dècada, algunes enquestes¹⁴ (Veolia, Observatory of urban styles, 2008) consideraven factors de disgust en la vida urbana, la contaminació, embussos en la mobilitats, l'estrès, l'aglomeració i altres, arran de la pandèmia els discursos¹⁵ i ja se centraven en la preservació de la salut física i mental (Estela, 2021), en el moment en que s'escriu aquesta tesi, segons l'Observatori Municipal de Dades de Barcelona, el municipi de Barcelona va perdre 13.000 habitants del seu padró, i el que es destaca és l'inèdit biaix cap a poblacions de destí allunyades de la ciutat. Estela(2021) afegeix “més que abandonar les ciutats, és important entendre les interdependències entre el camp i

¹⁴ El 2008, el ja extint Observatori del Estils de Vida de la multinacional francesa Veolia, va fer públics els resultats d'una enquesta:https://www.pecc.org/resources/doc_download/1628-veolia-observatory-of-urban-lifestyles realitzada a 8.500 habitants de 14 ciutats de tot el món, en la qual la pregunta fonamental era: “Què li agrada i què no li agrada de la ciutat on viu?”. Els resultats indicaven que el menys atractiu de les ciutats per als seus propis habitants eren, amb diferència, **els embussos de trànsit i la pol·lució**. El soroll, la brutícia, la falta de seguretat o l'estrès formaven a continuació un paquet important de factors. De la ciutat no agradava, per tant, **tot allò que es deriva de l'aglomeració**

¹⁵ <https://blogs.lse.ac.uk/usappblog/2020/12/12/lockdown-shows-us-it-is-not-work-that-attracts-us-to-big-cities-but-the-social-life/>

la ciutat i vetllar per la seva reconexió. I promoure no solament determinades condicions del medi urbà en el conjunt del territori (com la connectivitat o la vitalitat cultural o econòmica) sinó també una major integració del camp a la ciutat, apostant per la seva *renaturalització*". La idea de producció-consum, relació camp-ciutat, i el fet que el món rural hagi passat d'activitats centrades en la producció a activitats de consum en relació als nous espais d'oci i recreació, fan que les activitats de producció en el món rural es diversifiquin i es transformin, i es perdin les agrícoles fins a considerar-se regressives (Hoggart, Buller i Black, 1995).

1.3 Globalització i noves ruralitats

A partir dels anys noranta del passat segle, qualsevol intent de definir unívocament la "ruralitat" és cada cop més difícil. Els processos i transformacions derivades de la globalització incideixen en els processos de desagrarització de les economies rurals. "La desagrarització no és un simple canvi d'activitats d'àmbit local, sinó que és producte del canvi en els règims d'acumulació capitalista" (Camarero,2020).El termes "nova ruralitat" i "renaixença rural" foren acunyats pel geògraf francès Bernard Kayser (1990) qui manifestava que els processos de renaixement i recomposició de les societats rurals en el marc de societats postindustrials, guarden els seus trets específics i identitaris -no urbans- tot i la seva integració dins de l'economia global. L'anomenada **nova ruralitat** presenta els següents trets: 1) una ruptura de la dicotomia rural-urbà, 2) l'èmfasi de la multifuncionalitat del territori i el reconeixement de la pluriactivitat per a la preservació de les economies rurals. 3) L'èmfasi en el maneig, ús i conservació dels recursos naturals. 4) El reconeixement d'empresaris agrícoles, artesans, pagesos, persones dedicades al sector serveis com a pobladores rurals i 5) una revalorització d'allò rural (Pérez,2006; citat per Matijasevik i Ruíz, 2013).

Les transformacions a nivell global i els seus efectes en els processos de reestructuració econòmica en el món rural, la concentració de les empreses agràries "en poques mans", els processos de desagrarització, la diversificació i terciarització de l'economia, amb la consegüent desfamiliarització de les propietats agràries han produït canvis substancials difícilment interpretables segons les anàlisis de la *Modernitat* que se sostenien amb els supòsits d'un "progrés del món rural, avanç, tecnificació o sota trets propis de l'urbanocentrisme". Sota les premisses de *la Modernitat tardana i la Postmodernitat*, deixa de tenir sentit utilitzar "urbà i rural": "allò rural no és una altra societat, sinó que

és part fonamental de la nostra esbojarrada societat ja definitivament multicultural, multilingüe, multiracial, multimediàtica i potser també multiús”(Camarero,1996). Sota la perspectiva del constructivisme social, Camarero assenyala que si s’havia construït un imaginari entorn una “cultura d’allò rural” relacionada amb el món agrari, la família, que demandava un espai extensiu i residia en petites i disperses unitats d’habitat, aquesta percepció afronta ruptures fonamentals.

Primera ruptura: **Desagrarització**

La *desagrarització*, procés que va acompanyat d’una industrialització i terciarització de l’espai rural. Si l’activitat agrària no és el factor diferencial del fet rural, ho és el fet d’atribuir al món rural uns determinats trets culturals, com per exemple, que les societats rurals viuen dins d’una estructura tancada, aïllada, lluny de processos de modernització. Aquesta atribució tampoc se sosté avui, fet que descaracteritza la noció de la ruralitat com a realitat diferencial.

- 1) El pas cap a una *agricultura de mercat*, provoca una pèrdua de les seves funcions en la reproducció familiar convertint-se en producció capitalista com qualsevol altra mercaderia. L’activitat agrícola es fa independent de l’espai i es torna “aespacial”.
- 2) *Diversificació de les activitats*. El treball agrícola passa a compartir-se amb altres ocupacions i es diversifiquen les activitats, com a fonts de manteniment
- 3) La *mobilitat espacial*, com a característica de la postmodernitat. Bericat(1994) proposa el concepte de “sedentarisme nòmada” com a trets de les societats actuals.

Segona ruptura: **superació del concepte comunitat local**

- 1) *Allò local ja no constitueix un límit que delimita una comunitat*. Si s’havia concebut el concepte de localitat assimilat a comunitat des del punt de vista de “tancament territorial”, avui “les comunitats superen els límits territorials” i la localitat ja no es pot concebre com a àmbit que tanca un territori. Les tecnologies han modificat radicalment les nocions de distància i aïllament. L’aïllacionisme es concep avui en relació a l’ús de les tecnologies, d’acord a un concepte d’espai mediàtic. “Avui, l’accés al coneixement i la tecnologia no depèn d’estar en una gran ciutat” (Aymerich,2021).
- 2) *Heterogeneïtat i pèrdua d’uniformitat*. Si s’atribuïen un tipus de relacions “més directes i menys anònimes” en el món rural versus el món urbà on hi havia més

anonimat d'acord a una major densitat poblacional (Simmel). Segons Camarero les diferències en l'estructura relacional no ho són per l'establiment de relacions directes o indirectes, sinó pel grau de selecció de les mateixes. Les relacions amb els veïns responen a la lògica del consens i la negociació. L'augment d'heterogeneïtat d'allò local provoca una reacció de defensa en front "l'altre" que arriba i "els processos d'autoafirmació identitària augmenten quan l'Altre està més a prop"(Camarero,1996:141). El mateix Camarero descriu com l'estructura social de la comunitat es diferencia entre tres grups: els autòctons, els nous residents i els retornats o "fills del poble". Hi ha estudis recents, per altra banda, que apunten a factors de caire estructural (gènere, edat i estratificació social) i factors d'interacció mútua (activitats, afinitats i confiança) com a condicionants del tipus de connexions socials i xarxes que tenim (Martínez Celorrio ,2016:58)¹⁶. Les noves relacions camp-ciutat, ciutat i camp es troben vinculades per múltiples fluxos i dependències, el que condueix a la identificació d'un espai en xarxa, qüestionant la dicotomia tradicional d'espai rural i urbà" (Woods, 2009).

1.3.1 Efectes de la fase actual de capitalisme en els espais rurals i el sector agrari en el cas de Lleida.

Històricament, l'economia de les terres de Lleida s'ha caracteritzat per petites propietats camperoles. Estudis relatius a les transformacions agràries a la fi de l'Edat Moderna, amb dades, per exemple, del segle XVIII constaten que al territori de la plana de Lleida: "A nivel productivo, los rendimientos de la tierra son a todas luces reducidos. El papel básico de la agricultura de secano practicada con una elemental tecnología y las reducidas propiedades campesinas exigen plantear las condiciones de reproducción de la unidad familiar campesina" (Vicedo i Rius, 1993) o "en l'especialització a les terres de

¹⁶ Informe "Crisi, descens social i xarxes de confiança" (2008-2013) analitza l'homofília o bonding i l'heterofília en el marc de les relacions i xarxes socials, i quins són els nivells de confiança interpersonal i la fortalesa intrafamiliar i xarxes de suport activades a partir de la crisi de 2008. L'estructura d'oportunitats de fer amics i mantenir les connexions d'amistat està condicionada per factors estructurals (gènere, edat i estratificació social) a més de factors d'interacció mútua (activitats, afinitats i confiança). Al marge de com siguin les habilitats socials o el caràcter sociable de cada persona i de com les desenvolupi, les oportunitats de capital social i de connexions de cada persona venen donades tant per factors adscriptius com per factors electius: • Entre els factors adscriptius o primaris, hi destaquen: la xarxa de parentiu que ens pertoca per naixement, la vida comunitària en el barri, poble o ciutat lligada al nostre origen social, la socialització en l'escola, l'institut i altres espais relacionals o la capacitat socio-econòmica de consum i despesa de la nostra família, • Entre els factors electius o secundaris decidits amb més llibertat pels individus, hi trobem: la conservació o no dels amics d'infància i escola, les habilitats socials per ampliar o perdre la xarxa d'amistats, la jerarquització que fem entre amics i coneguts, la selecció d'amistats en la vida de parella o el lleure, activitats i aficions que desenvolupem.

Lleida observem grans diferències entre el secà on es fa blat i altres, i el regadiu on s'expandeixen produccions com el cànem o l'oli" (Vicedo i Rius, 2007).

En comparación con otras circunscripciones españolas, en Lérida la propiedad de la tierra estaba muy repartida (con predominio de medianos y pequeños propietarios), y en sus comarcas meridionales existía una sustantiva diferenciación entre las extensas superficies de regadío, con una alta riqueza imponible, y los terrenos de secano, notablemente más pobres y con zonas improductivas (Corominas Abadal, 2008:92. Revista Historia agrària.44)

Aquesta diferenciació entre secà i regadiu forma part avui encara de l'imaginari col·lectiu dels habitants del territori. El creixement demogràfic d'aquestes contrades ha estat vinculat estretament al tipus de productivitat generada per les comarques de regadiu o de secà. Les comarques amb regadius històrics -iniciats al s.XIX, i fins l'any 1991 amb regadiu modern (Segrià i Pla d'Urgell) han mantingut un creixement sostingut, mentre que les comarques de secà-àrid (Noguera, Segarra i Garrigues) decreixen.

És a partir de la Segona Guerra Mundial que es produeixen transformacions cabdals en el s'anomena *tercera revolució agrícola o fase productivista* (Bowler,1991). A partir d'aleshores s'inicia una transformació progressiva clau que s'accentuarà en paral·lel a les diferents fases del capitalisme i més tard amb el fenomen de la globalització. El sector agrícola lleidatà ha transitat cap a l'agroindústria o indústria alimentària. La mercantilització dels aliments en aquest període es consolida amb la liberalització dels mercats. L'increment dels rendiments agrícoles, la internacionalització el canvi d'aliments per a la comercialització de gran valor monetari (blat de moro) provoquen l'abandonament de l'agricultura de subsistència (Observatori DESC, 2020).

A partir de la dècada dels cinquanta del segle passat, la mecanització i motorització de les feines del camp "permeté l'engrandiment de les feixes de cultiu i millorar la productivitat en estalviar mà d'obra". I no solament això, sinó que "el paisatge camperol quedà modificat amb la pèrdua d'arbres aïllats en ple camp, i sobretot, per la desaparició del vell treball artesà, que curava de la preparació del sòl, talment el d'un jardí" (Llobet, 1958-62: 393) citat per Aldomà (2020).

Segons Aldomà (2020), la pèrdua d'ocupació del sector agrari començaria a evidenciar-se en aquesta dècada de 1950 i continuaria durant els anys següents.

La joventut procura fugir de la terra en les regions menys fèrtils i no hi ha lloc per a més expansió en els territoris d'agricultura rica", constatava ja Llobet (1958-62, p. 390). El 1955 es partia encara d'una xifra relativament alta d'ocupats agraris, un 22%, que l'any 1975 havia baixat a un 7%. La pèrdua de pes ha estat imparable, fins a les xifres actuals

que no arriben al 2% dels actius i una proporció encara inferior del PIB de Catalunya (Aldomà, 2020).

En aquells moments, els anys cinquanta, l'agricultura seguia essent, a les àrees rurals europees, l'activitat econòmica predominant. A Europa, la Política Agrària Comuna (PAC) va esdevenir la moneda d'intercanvi i va establir els mecanismes de compensació en la divisió dels interessos econòmics i productius dels Estats participants en el nou espai econòmic. El sistema establert per la PAC intensificà la tendència a la industrialització del camp i la concentració de terres en mans de grans corporacions agràries arreu d'Europa les petites explotacions agràries (que tenen 10 hectàrees o menys). Aquestes han anat declinant en les darreres dècades arreu d'Europa, ja que la PAC beneficia les grans explotacions. Aquesta tendència també s'ha produït a l'Estat Espanyol(Observatori DESC,2020). La PAC fou dissenyada en una època en que la promoció del desenvolupament rural podia anar lligada a una orientació general favorable a la modernització i tecnificació de les explotacions i a l'adopció de mesures adreçades a millorar la productivitat agrària (Reig, Goerlich i Cantarino, 2016).

A Espanya, un cop passada la postguerra, "el desarrollisme, la modernització, la conformació del teixit urbà-industrial, l'avanç d'una economia de serveis i la creació d'un mercat interior de consum de masses propicien el que s'anomenà el fenomen de *l'èxode rural*"(Camarero,2020).

A partir de 1988, i a partir de *l'Informe de la Comissió Europea sobre el futur del món rural*, es detecten tres tendències: 1) La pressió del desenvolupament econòmic modern i els problemes mediambientals generats per aquesta. 2) Un declivi rural que hauria de ser contrarestat per la diversificació econòmica i 3) el despoblament i l'abandonament de l'ús agrícola dels sòls, més acusat en les zones d'accés difícil que també fa costosa la diversificació econòmica.

Arribats els 90 es consolida el segon pilar de la PAC (1992) i el concepte de desenvolupament rural adquireix una perspectiva, a més de territorial, agroambiental amb la Declaració de Cork(1996) i l'adopció de l'Agenda 2000 (Reig, Goerlich i Cantarino, 2016). En aquest sentit, s'introdueixen noves dimensions en relació a les ajudes de la PAC: territorialitat, subsidiarietat, descentralització i la multifuncionalitat. L'any 1993, amb la integració d'Espanya al mercat comunitari europeu, es dispara l'exportació de productes agrícoles i també la producció agrària i la pressió ambiental a les zones productores(Observatori DESC,2020).

Posteriorment, les polítiques rurals de l'OCDE (2006) aniran ja enfocades cap als serveis, noves pressions per a reformar les polítiques agrícoles i regionals i a nous dissenys i objectius per part de les polítiques territorials. Les societats actuals atorguen cada cop més valor als atractius naturals i culturals del medi rural, amb nous paradigmes que prioritzen el creixement endogen, basat en els actius locals la difusió de coneixement i la participació dels propis actors locals i regionals (Reig, Goerlich i Cantarino, 2016). La UE, durant els anys 2007-13 ha orientat les polítiques de desenvolupament rural en un model europeu que s'autoanomena multifuncional, on el rendiment econòmic hauria d'anar lligat a l'ús sostenible dels recursos naturals, afavorir la biodiversitat i la prevenció de la desertificació. Entre el 2014-2020, cada estat membre de la UE, dissenya els seus propis plans plurianuals a partir d'una selecció de mesures compreses en els seus PDR (Pla de desenvolupament rural).

Cronològicament, i en el quadre següent, es mostren les fases en que han transcorregut les polítiques europees agràries (PAC, FEDER, LEADER) que, a l'uníson i sota els conceptes de *desenvolupament rural* i *reestructuració econòmica*, es produeix en el món rural un desplaçament de les empreses agràries familiars a les exigències dels mercats globals que competeixen a nivell mundial.

Taula 1.3 Fases polítiques agràries europees

Cronologia	Fase o etapa
Acabada la 2a Guerra Mundial (1959-1962)	1959. Política agrària comú (PAC): amb l'objectiu de reformar les estructures agràries de cara a una major competitivitat. El 1960 s'aproven les disposicions: unitat de mercat, solidaritat financera, preferència comunitària, creació del FEOGA (Fons Europeu d'Orientació i garantia agrària). El 1962 neix la PAC amb 2 mesures: sostenir els preus i intervenir als mercats, i transformar les estructures agràries.
1988	Reforma Fons Estructurals. Té lloc la reforma de fons estructurals comunitaris (FEC) atorgant caràcter territorial a tota la política agrària europea. Les polítiques agràries europees FEC s'estructuren en: FEDER (Fons Europeu de Desenvolupament Regional- destinat a disminuir les disparitats regionals) FSE (Fons Social Europeu) destinat al foment d'oportunitats laborals i mobilitat geogràfica dels treballadors europeus, i FEOGA-O (Fons Europeu d'Orientació i garantia agrària, secció orientació) destinat a finançar ajudes per la millora i modernització de les estructures agràries. La UE a través de la comunicació a la Comissió al consell i parlament europeu anomenada el <i>Futur del món rural</i> es presenten en el marc de la reestructuració agrària, estratègies que tendiran a la diversificació de les economies rurals.
1991	LEADER I (1991-1994). L' objectiu del programa LEADER és promoure el desenvolupament local mitjançant la diversificació econòmica de les àrees rurals.

1992	Primera Reforma de la PAC. Es passa d'una política de recolzament al productor via preus a una política d'ajudes. Es crea el Fons de Cohesió destinat a aquells països amb PIB per càpita 90% inferior a la mitja comunitària: se'n beneficiaren Irlanda, Grècia, Portugal i Espanya). Les tres mesures van ser: foment pràctiques agrícoles amb la conservació del Medi Ambient, reforestació terres agràries i cessament anticipat de l'activitat agrària.
1995	LEADER II (1995-1999). A Espanya té lloc el programa PRODER (1996) amb l'objectiu d'impulsar el desenvolupament endogen i sostingut de les comarques no beneficiades pel fons Leader II.
Agenda 2000	Declaració de Cork i Polítiques de Desenvolupament Rural. A l' Agenda 2000 se establí la política comunitària per al període 2000- 2006, recollida pel Reglament de Desenvolupament Rural 1257/99 i la Iniciativa Comunitària Leader. LEADER + (2000- 2006). Els objectius d' actuació es reduïren a tres: - Objectiu 1. Regions més desfavorides, on s'impulsà la competitivitat, a través dels Programes Operatius de Desenvolupament Regional. - Objectiu 2. Regions amb necessitat de reestructuració econòmica i social, a través dels Programes de Desenvolupament Rural. - Objectiu 3. Regions que, sense ser Objectiu 1 ni 2, necessitaven adaptar i modernitzar els sistemes d' educació, de formació i d' accés a l'ocupació (Arroyos, 2007).
2003	2a Conferència de Desenvolupament Rural. Nova reforma de la PAC centrada en el consumidor i els contribuents donant llibertat als pagesos per a produir d'acord amb la demanda del mercat. Ofereix una ajuda única pels agricultors de la UE, amb independència de la producció. Vinculació de les ajudes en matèria de Medi Ambient, salubritat dels aliments, sanitat animal i vegetal, benestar animal a condició de mantenir les terres en bones condicions agronòmiques i ambientals. Les mesures es vinculen a 3 eixos: augment competitivitat sectors agrícola i forestal, millora del medi ambient i entorn natural i qualitat de vida al medi rural i diversificació de l'economia rural.
2021	Darrera reforma de la PAC "La Comunicació de la Comissió de 29 de novembre de 2017 titulada «El futur dels aliments i de l'agricultura» estableix els reptes, objectius i orientacions de la futura política agrícola comuna (PAC) després de 2020. Aquests objectius inclouen que la PAC s' orienti més als resultats i al mercat, s' impulsi la modernització i la sostenibilitat, inclosa la sostenibilitat econòmica, social, mediambiental i climàtica de les zones agrícoles, silvícoles i rurals, i es contribueixi a reduir la càrrega administrativa que suposa per als beneficiaris la legislació de la Unió." https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=DOUE-L-2021-81699

Font: Elaboració pròpia

La implementació de les mesures de subsidis de la PAC ha estat essent qüestionada des de fa anys per nombroses organitzacions ecologistes, no governamentals i mediambientals¹⁷. Com a resultat, s'ha creat una coalició que pretén influir en la nova Política Agrària Comuna, a partir de 2021¹⁸. Reivindiquen justícia i equitat per a les persones que es dediquen a l'agricultura i la ramaderia, condicions laborals dignes a qui aposti per la sostenibilitat, accessibilitat a un menjar sa, creació de llocs de treball, respecte al medi ambient i a la biodiversitat, fre al canvi climàtic i benestar animal.

La tesi de la *reestructuració rural* (Marsden, Lowe i Whatmore, 1990) mostrà els canvis en el model agrari europeu, la diversificació d'activitats, les variacions en les tendències d'emigració rural o la contra urbanització. El resultat d'aquesta reestructuració té uns efectes específics en aquests espais i, com a conseqüència es configuren *desigualtats socioestructurals* derivades del canvi social en el món rural i incideixen en la reproducció social dels seus habitants. Aquestes desigualtats i o desequilibris, s'han qualificat com a *bretxa rural* (Camarero i Oliva, 2021) o com a la incapacitat continuada de les àrees rurals per a equiparar-se en els estàndards de qualitat de vida, serveis i oportunitats amb els contorns urbans. En la fase actual de capitalisme d'acumulació *es resignifica el món rural en un context global* (Camarero, 2020). Segons l'informe *Nous índex de relleu generacional al món rural* (Aldomà i Mòdol, 2021) els processos de despoblament derivats de crisis de les activitats bàsiques-reconversió del sector agrari, terciarització, pressió fiscal i tancament de serveis, recessió demogràfica i buidat de les àrees demogràfiques amb menor densitat de població constitueixen clars reptes en l'actualitat del món rural.

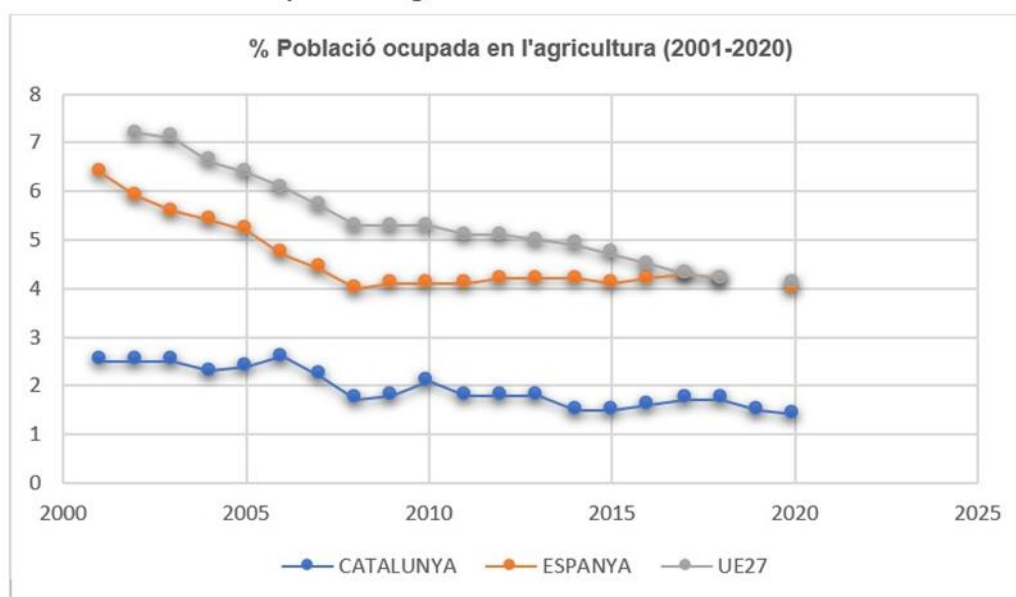
¹⁷ CERAI, Fundación Global Nature, Asociación Vida Sana, Entretantos, Fundación FIRE, Ecologistas en Acción, FRECT, Fundación Nueva Cultura del Agua, Trashumancia y Naturaleza, Ecovalia, Ecodes, Observatorio para una Cultura del Territorio, Xarxa CustodiaTerritori, WWF, SEO/BirdLife, Mensa Cívica, Fundación Vida Sostenible, Fundación Emys, Sociedad Española de Agricultura Ecológica, Fundación Quebrantahuesos, Fundación Pau Costa, GREFA, Asociación Gallega de Custodia del Territorio, Justicia Alimentaria, CECU, Asturias Sostenible, La cuadra de Antón, Red Terrae, Greenpeace, Germinando, GOB Menorca, Madrid Agroecológico, Ganaderas en Red, Fedehesa, Plataforma por la Ganadería Extensiva, Academia Española de Nutrición y Dietética, Red de Ciudades por la Agroecología. Recuperat de <https://www.ecologistasenaccion.org/116203/propuestas-para-la-nueva-politica-agraria-comunitaria/#easy-footnote-bottom-1-116203>

¹⁸ Recuperat de la plataforma : <https://porotrapac.org/>

1.3.2 Efectes dels processos de transformació del sector agrari a Catalunya i en el cas de Lleida

Un dels efectes més importants de les transformacions i processos de modernització del sector agrari és la **separació entre productivitat o augment de la productivitat total dels factors (PTF) i la disminució de mà d'obra**. A Catalunya, com s'ha mencionat, segons IDESCAT(2020), la població ocupada totalment en el primer sector s'ha reduït quasi a la meitat durant els darrers vint anys (Gràfic 1.1). Si el 2001 suposava un 2,5% de la població ocupada, el 2020, només l'1,4%. Cal afegir que l'ocupació a temps parcial en l'agricultura, té encara a dia d'avui un cert paper a les comarques lleidatanes, però ha d'estar acompanyada d'ingressos o rendes complementàries.

Gràfic 1.1 Evolució Població ocupada en l'agricultura



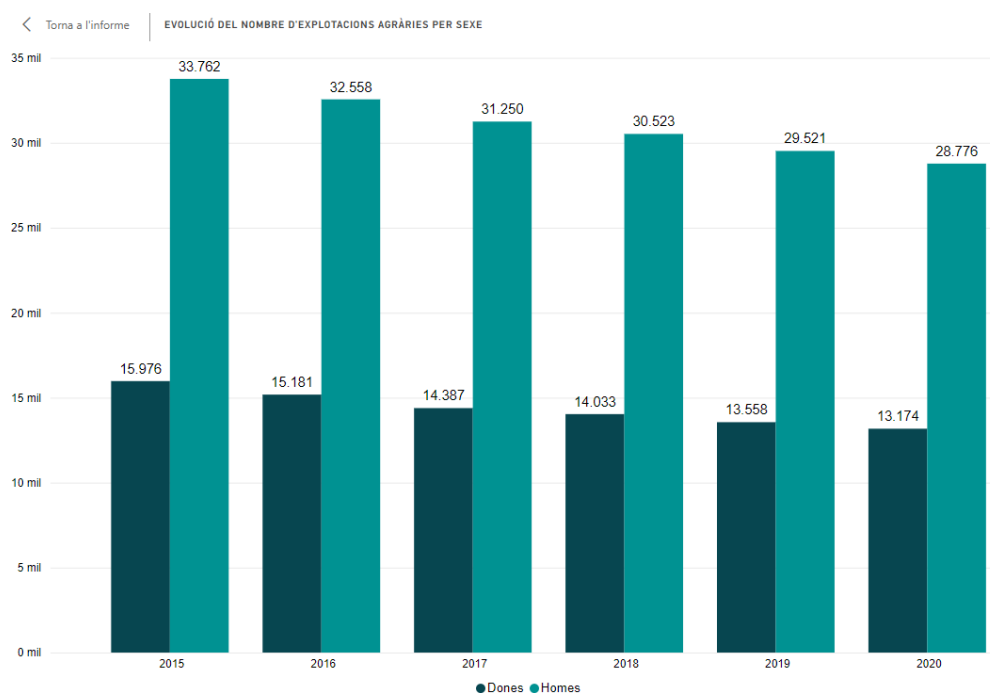
Font: Elaboració pròpia a partir d'IDESCAT.

Segons el Banc Mundial(2018), el sector agrari suposava a Espanya el 2,8% del PIB, i el 3,15% de la població activa, mentre que la mitjana de la UE era d'1,7%. L'Estat espanyol es troba per sobre de països com França (1,14%), Alemanya (0,76%), Regne Unit (0,63%) i Itàlia (2,58%).

A més a més, l'existència de contractació informal a l'Estat Espanyol, sobretot al camp pel que fa a la mà d'obra estrangera, fa pensar que aquest percentatge hauria de ser superior. D'altra banda, s'ha produït una concentració de les terres en cada vegada menys mans, a la vegada que ha augmentat la mida de les explotacions. És a dir, que cada vegada hi ha menys petits agricultors, els quals no poden competir amb les grans explotacions. Aquesta tendència, comuna a escala global, té efectes nocius pel medi ambient, la sobirania alimentària i les persones. A l'Estat Espanyol, el nombre d'explotacions agrícoles es va veure reduït en un 67% entre 1962 i 2002 . A més, des de principis dels 2000 la presència de corporacions al camp ha augmentat i cada vegada són més les terres que cauen en les seves mans (Observatori DESC,2020).

A Catalunya (gràfic 1.2) el 2020 constaven 41.950 explotacions agràries declarades, gestionades per 28.776 homes i 13.174 dones en 748.141 hectàrees de cultiu.

Gràfic 1.2. Evolució nombre d'explotacions agràries per sexe a Catalunya

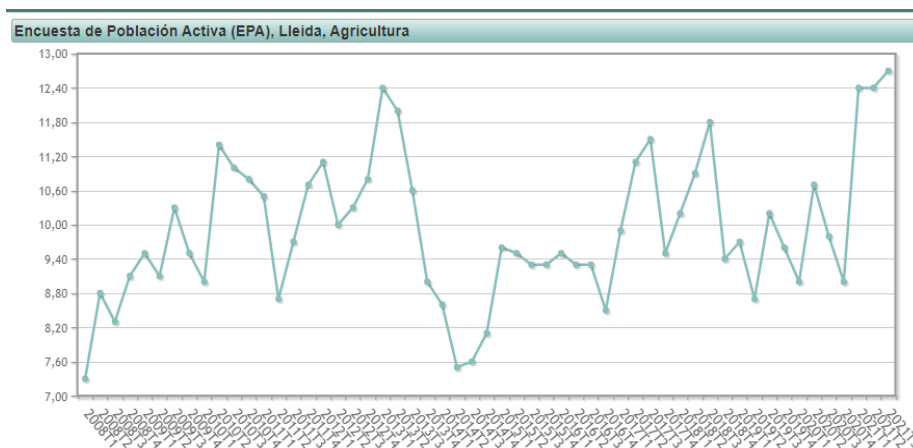


Font: Departament Agricultura. Generalitat de Catalunya 2021.

La desaparició progressiva i constant de les petites explotacions agràries i, en paral·lel, l'increment de les explotacions agràries de grans dimensions. La superfície agrícola que treballen les persones físiques ha disminuït un 4,6%. En canvi ha augmentat un 14% la superfície treballada per les persones jurídiques. De les hectàrees que han deixat de treballar les persones físiques, la majoria han estat absorbides per les persones jurídiques. És important destacar que la majoria de treballadors tenen més de 65 anys, i són una minoria els que tenen menys de 41 anys. Hi ha un clar predomini de l'home vers la dona en el sector. El nombre de treballadors afiliats a la Seguretat Social agrària també ha anat disminuint, arribant a la xifra actual de 46.500 persones. Evolució de les explotacions agràries a Catalunya. Departament d'Acció Climàtica, Alimentació i Agenda Rural (2022:18)

Segons dades de la EPA (3er trimestre, 2022) a la província de Lleida la població ocupada en l'agricultura se situa en un 10,29%.

Gràfic 1.3 Evolució del percentatge de persones ocupades en el sector agrícola a Lleida



Font: EPA (INE) 2021

Segons les dades més recents publicades (2020) el nombre d'explotacions agràries lleidatanes era de 22.174 que suposava el 47% del total d'explotacions catalanes. El promig de superfície per persona física és de 12 Hectàrees i per persona jurídica 21,7 Ha. Arreu del territori català el nombre d'explotacions agràries disminueix any rere any, això és, el 2015 eren 55.247, el 2020 són 47.940.

Taula 1.4 Explotacions agràries de les comarques lleidatanes i superfície mitja

Comarca	Nombre explotacions agràries	Nombre explotacions agràries prioritàries	Homes	Dones	Superfície mitjana per persona física (Ha)	Superfície mitjana per persona jurídica(Ha)
Segrià	5.675	2.048	3.511	1.145	11,95	31,95
Noguera	3.796	1.018	2.288	1.031	15,26	35,52
Garrigues	3.191	830	2.053	847	10,70	22,33
Pla d'Urgell	2.761	684	1.654	736	7,66	17,08
Urgell	2.942	714	1.854	820	13,48	22,22
Segarra	2.154	431	1.394	621	19,62	37,13
Pallars Jussà	816	235	471	239	18,85	34,34
Solsonès	687	377	412	166	27,53	31,99
Alt Urgell	426	187	242	71	10,38	18,20
Pallars Sobirà	200	114	106	35	4,54	3,93
Alta Ribagorça	46	31	20	11	4,01	6,11
Aran	20	3	16	2	0,77	0,17

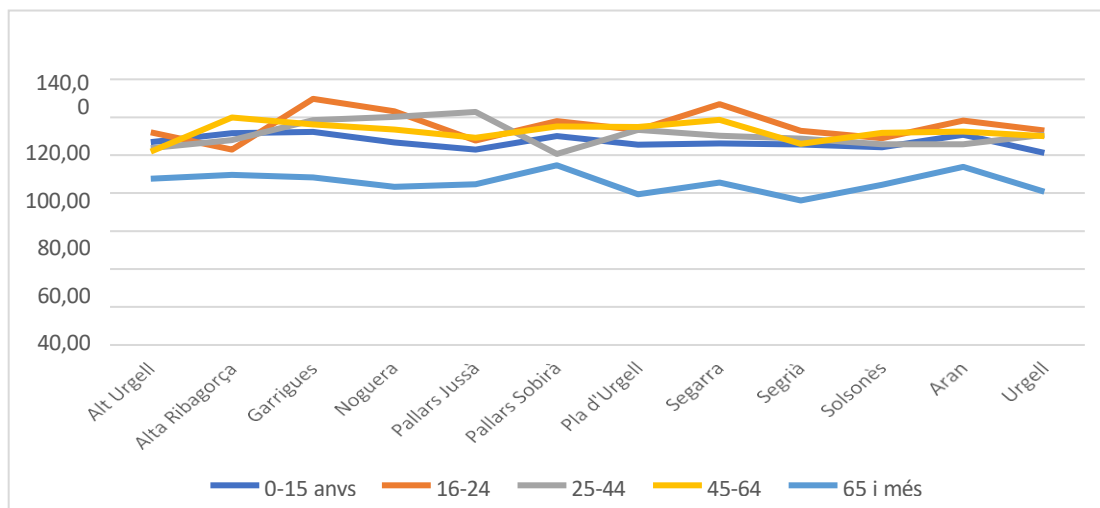
Font: Departament Agricultura. Generalitat de Catalunya (2021)

En resum, els efectes dels processos de transformació del sector agrari a Catalunya es caracteritzen per la capitalització dels llocs de treball, la reducció de les explotacions familiars i una mobilitat diferencial entre gèneres que condueix a mantenir la masculinització rural.

- 1) **Capitalització dels llocs de treball.** Les economies d'escala, tenen com a objectiu clau l'augment de la productivitat. Així, l'elevat grau de mecanització assolit per les grans explotacions i el progrés tècnic han contribuït a la substitució de treball per capital. Aquesta capitalització, mitjançant els ajustos estructurals de la UE provoquen un augment de les explotacions i una reducció del seu nombre (Reig, Goerlich i Cantarino, 2016). En el cas de Lleida, la capitalització dels llocs de treball en l'agricultura fruitera té lloc a través del paper de la mà d'obra immigrant, juntament amb un procés d'etnificació del mercat laboral agrícola i la implantació de contractació en origen com a mecanisme regulador d'entrada de mà d'obra agrícola internacional a Lleida i dels fluxos migratoris a l'Estat Espanyol (Morelló-Calafell, 2010).
- 2) **Reducció del nombre dels membres familiars de les explotacions agrícoles que no en són titulars.** En la titularitat de les explotacions agrícoles hi ha un clar predomini dels homes: 28.776 homes i 13.174 dones eren titulars l'any 2020. El fenomen de la *fugida il·lustrada* de moltes dones de les tasques agrícoles (Navarro, 1999, citat per Reig, Goerlich i Cantarino, 2016:21) ha provocat que hi hagi una inversió en educació com a alternativa als treballs agrícoles apostant pels serveis públics (serveis socials, sanitat, educació) on "l'estratègia de la meritocràcia es revela més important en termes de mobilitats laboral per a les dones que per als homes" (Reig, Goerlich i Cantarino, 2016) afavorint, alhora, la masculinització dels espais rurals i les migracions femenines a la ciutat depenent d'on trobin la feina.
- 3) **Masculinització de les poblacions rurals.** La relació o raó de masculinitat de les comarques lleidatanes (Gràfic 1. 4) indica que, a part de les edats inicials 0-15 anys en que en general neixen més nens que nenes (per cada 100 naixements, aproximadament 51,2 són nois i 48,8 noies), els grups d'edat en que predominen més homes que dones són entre els 16-24 a comarques com Les Garrigues, Noguera, Pallars Sobirà, Segarra, Segrià, Aran i Urgell. A la franja de 25-44 anys destaca el Pallars Jussà, i a la franja de 45-64 anys l'Alta Ribagorça, la Segarra i les Garrigues, i en menor grau el Pallars Sobirà. Per altra banda, a les edats més avançades on la supervivència és més alta en el cas

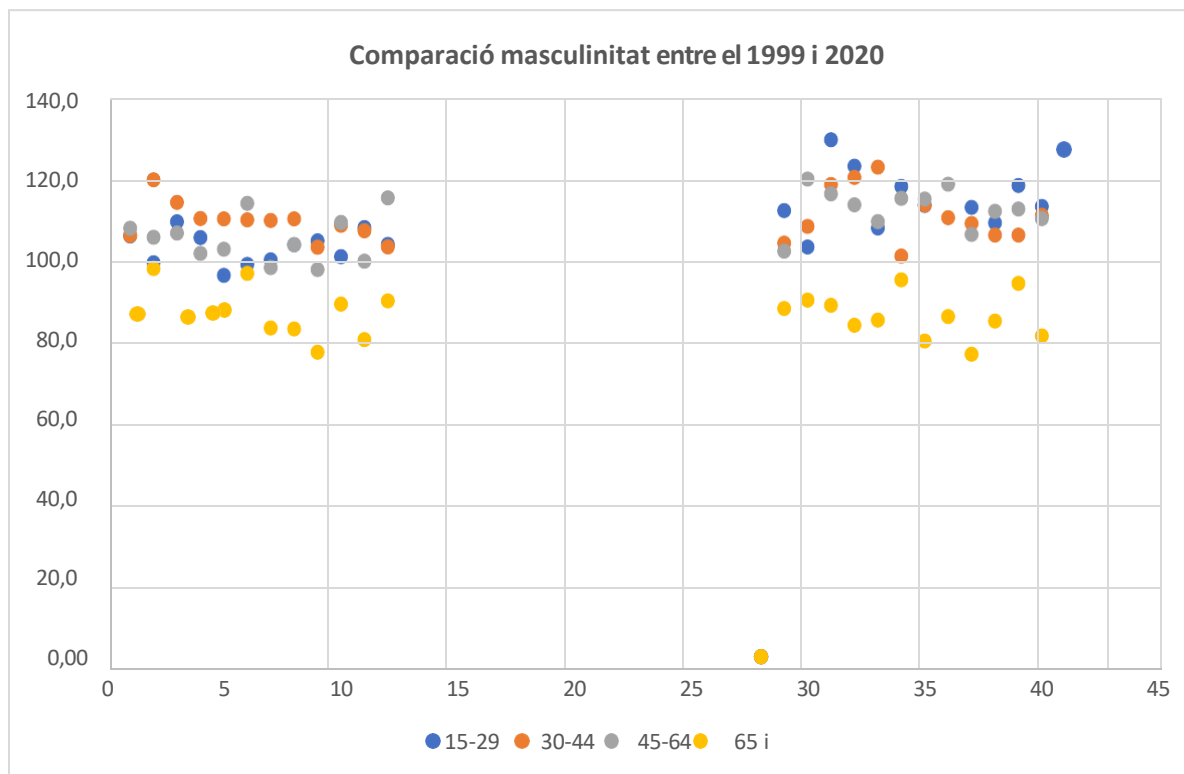
de les dones, s'observa arreu una relació de masculinitat negativa en especial comarques més urbanes com el Segrià, però també al Pla d'Urgell, i el factor d'envelliment i sobreenvelliment podria influir en la franja de 65 anys a les comarques com el Pallars Sobirà.

Gràfic 1.4 Relació de masculinitat a les comarques lleidatanes



Font: Elaboració pròpia IDESCAT

Gràfic 1.5 Comparació masculinitat per edats comarques de Lleida



Font: Elaboració pròpia a partir d'IDESCAT 2020

El gràfic anterior elabora una comparativa entre la relació de masculinitat a les comarques lleidatanes durant dos anys: el 1999 i el 2020. A grans trets, s'aprecia un cert rejuveniment de la masculinitat amb un predomini de nois a les franges d'edat entre 15-29 anys que resten a les comarques. A partir dels disset anys, a la major part de comarques lleidatanes cal moure's fora de la comarca per a estudiar o formar-se.

1.4 Transformacions sociodemogràfiques del territori lleidatà

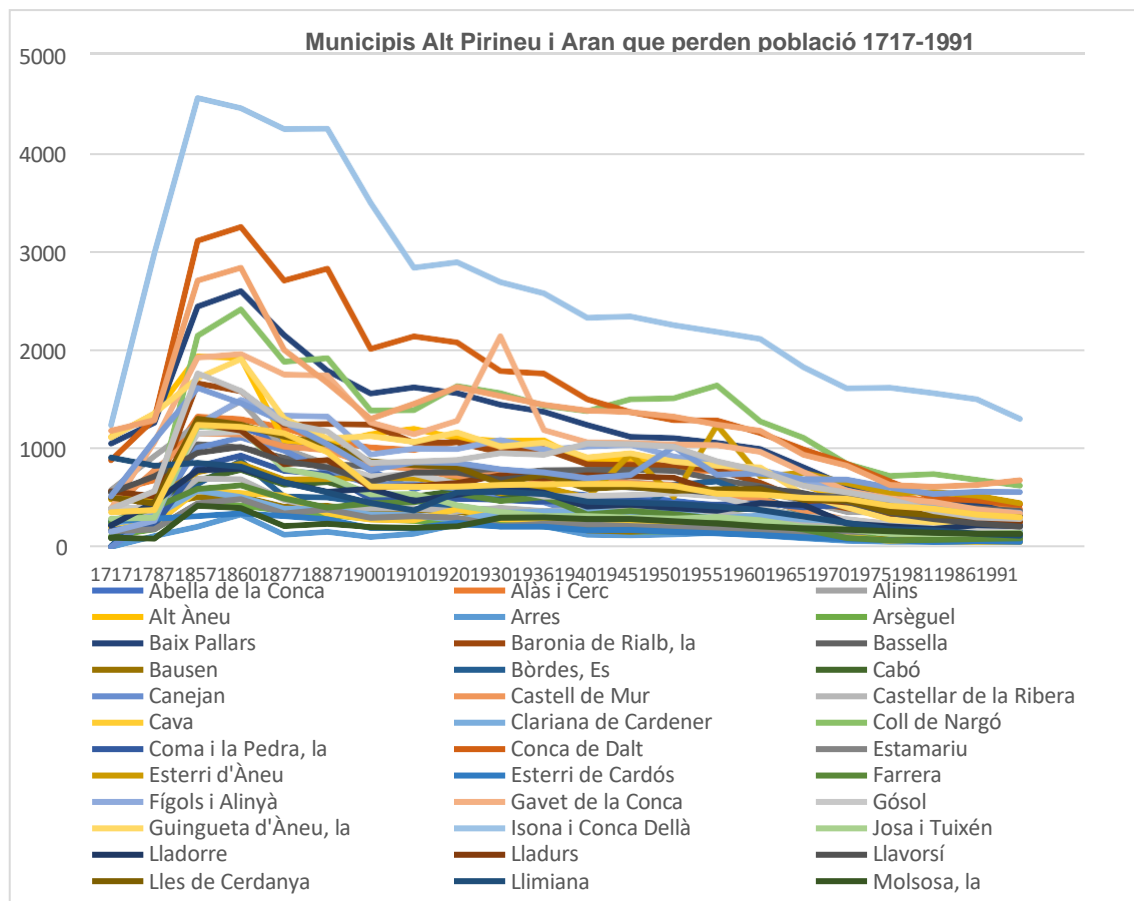
A continuació es mostren les principals dinàmiques demogràfiques lleidatanes englobades en el territori català, que mostren la pèrdua històrica de pes demogràfic, la pèrdua de població dels petits municipis enfront els més grans fent menció de la zona Alt Pirineu i Aran per una banda, i per l'altra la Plana de Lleida.

1.4.1 Pèrdua històrica de pes demogràfic de les comarques interiors de Catalunya.

Segons l'Observatori del món rural (2019), la ruralitat a Catalunya cal entendre-la dins el procés històric de pèrdua del pes demogràfic i econòmic de les comarques interiors en benefici de l'entorn de Barcelona i el litoral. La població que ocupa els espais rurals a Catalunya suposa una tercera part del total de població catalana, que es concentra a l'àrea metropolitana, ciutat de Barcelona i la línia costanera. "S'aprecia una redistribució de la població al Barcelonès, i a la resta de la regió metropolitana de Barcelona cap a comarques circumdants, així com un creixement de la corona exterior metropolitana: àmbits del Penedès, Camp de Tarragona i comarques gironines". A nivell estatal, es constata una Espanya litoral i urbana (Camarero,2020), amb un centre urbà que atrau capital i població com és Madrid, que actua com a dispersor cap a les zones litorals denses i expansives. Entremig hi ha els territoris *flyover*, que són llocs de pas i queden al marge dels territoris anteriors que concentren i aglomeren la densitat de població i el capital. Hi ha un procés de concentració de la població en aquests punts, que genera les seves externalitats, com la polarització del dinamisme econòmic, la contaminació, i la manca de cohesió territorial. A nivell internacional, succeeix el mateix, una creixent dependència de les àrees rurals sobre les urbanes (Li, Westlund i Liu ,2019). Aquests autors, especialitzats en despoblament a escala global, apunten a un buidatge a escala global com a predestinada de les àrees rurals.

El territori de Lleida, com altres espais rurals catalans, es caracteritza per aquesta pèrdua històrica de pes demogràfic, sovint deguda a mobilitats i migracions internes i que cal relacionar-la amb una densitat de població tradicionalment molt baixa i un predomini de poblacions de menys de 2.000 habitants com a factor diferencial que situa i defineix *el territori com a eminentment rural*. Segons l'IDESCAT (2021) dels 231 municipis lleidatans, 193 tenen menys de 2.000 habitants, o el que és el mateix, *a la província de Lleida vuit de cada deu pobles (83%) serien eminentment rurals*. Al conjunt català dels 947 municipis catalans, el 63% no hi arriben. Històricament, la majoria d'aquests municipis ha anat perdent població i de forma més significativa la zona de l'Alt Pirineu i Aran.

Gràfic 1.6 Pèrdua població municipis Alt Pirineu i Aran¹⁹

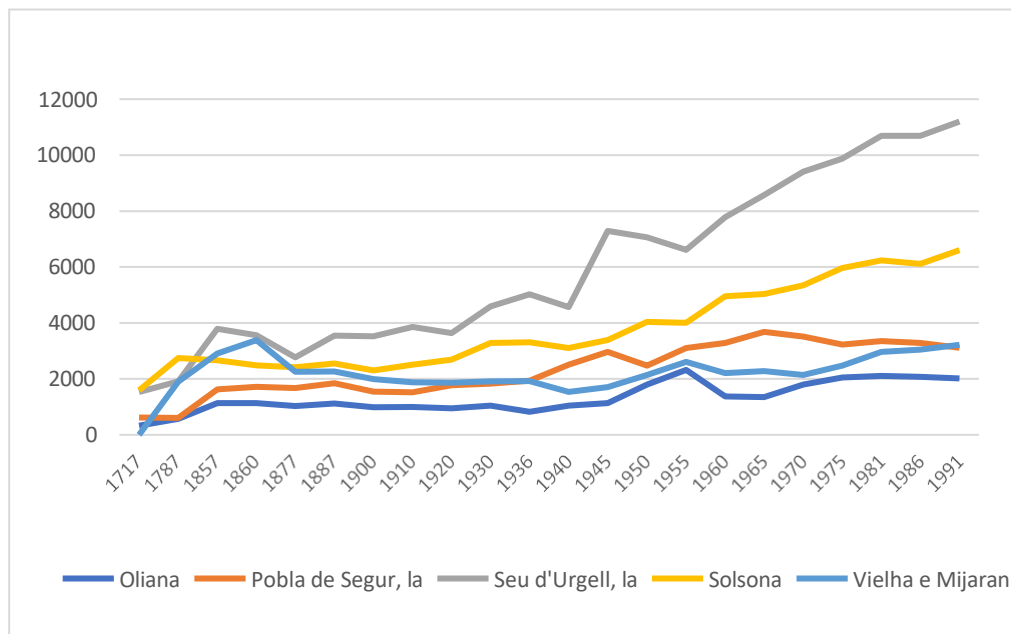


Font: Elaboració pròpia a partir d' IDESCAT

¹⁹ S'inclouen els municipis de la comarca del Solsonès.

L'Alt Pirineu i Aran²⁰ aplega les comarques de l'Alt Urgell, l'Aran, Pallars Sobirà, Pallars Jussà, Alta Ribagorça i mitja Cerdanya. Durant els dos darrers segles, un nombre reduït de municipis com Oliana, La Pobla de Segur, la Seu d'Urgell, Solsona i Vielha guanyen població.

Gràfic 1.7 *Municipis Alt Pirineu i Aran (i el Solsonès) que guanyen població*

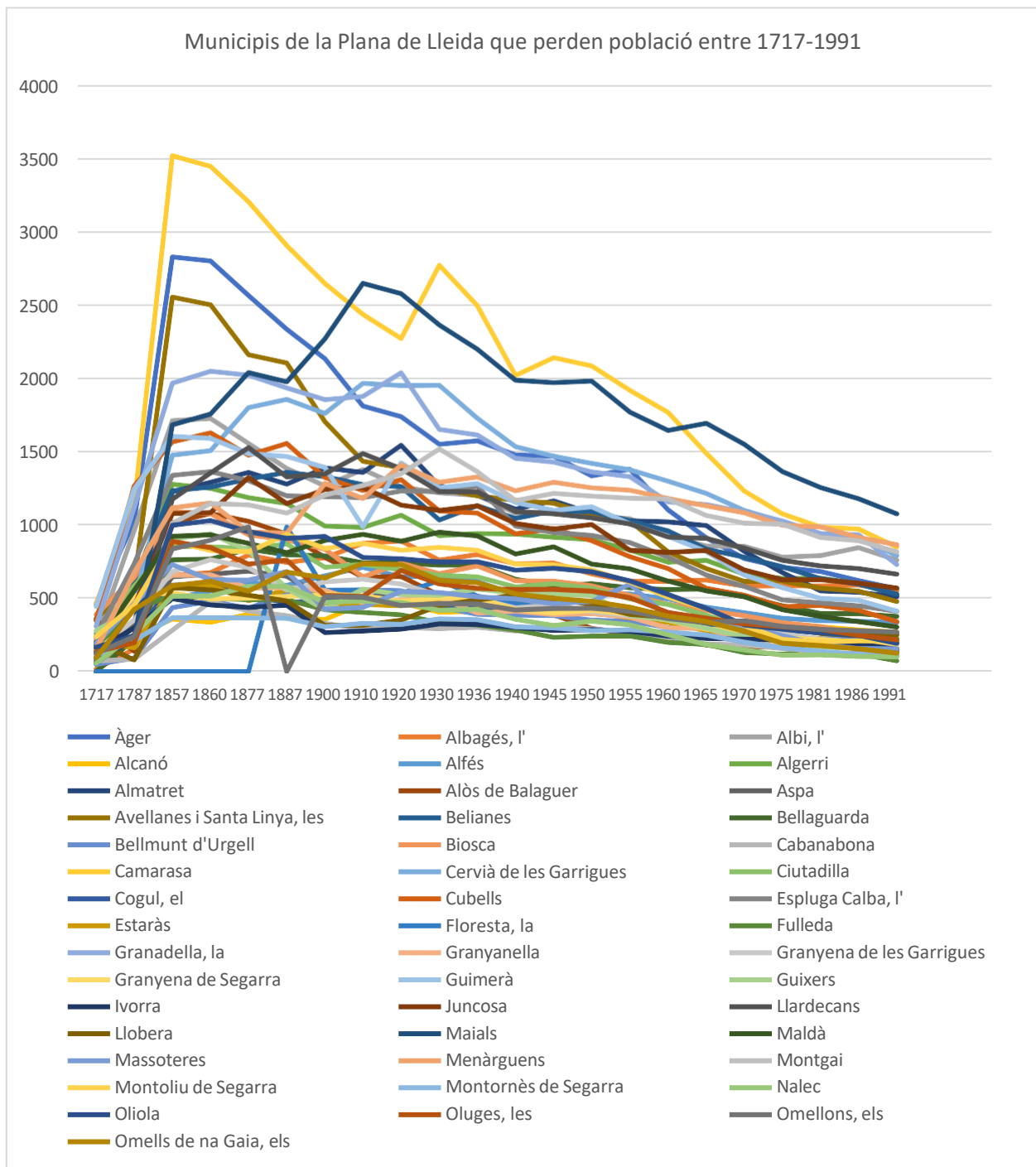


Font: Elaboració pròpia a partir d'IDESCAT

Els municipis de l'Alt Pirineu i Aran en comparació, travessats per una orologia característica de les zones de muntanya, es caracteritzen per una alta dispersió territorial, una complexa accessibilitat i una distància d'entre 50 i 200 km del nucli urbà de Lleida. En aquest sentit, la xarxa de comunicacions és clau per a la cobertura de tot tipus de serveis. La tesi que es presenta mostra aquesta divisió territorial diferenciada: **les poblacions i comarques de la Plana de Lleida** (Segrià, Les Garrigues, La Noguera, El Pla d'Urgell, L'Urgell i la Segarra, situades en un radi aproximat de 50 km al voltant de Lleida ciutat, i **les comarques de l'Alt Pirineu i Aran** (Pallars Jussà, Pallars Sobirà, Aran, Alta Ribagorça, Alt Urgell, la Cerdanya i, en aquest cas, el Solsonès) pel fet de constituir dues realitats diferencials pel que fa a l'accés i quantitat de serveis adreçats a les persones grans.

²⁰ En l'anàlisi s'ha inclòs el Solsonès en aquesta demarcació tot i que no en forma part, tenint en compte les característiques orogràfiques, la seva situació limítrofa amb l'Alt Pirineu, i els 102 km de distància de la ciutat de Lleida. Per altra banda, s'ha tingut en compte només la Cerdanya lleidatana, (Puigcerdà, no en forma part) que es troba dividida en dues demarcacions.

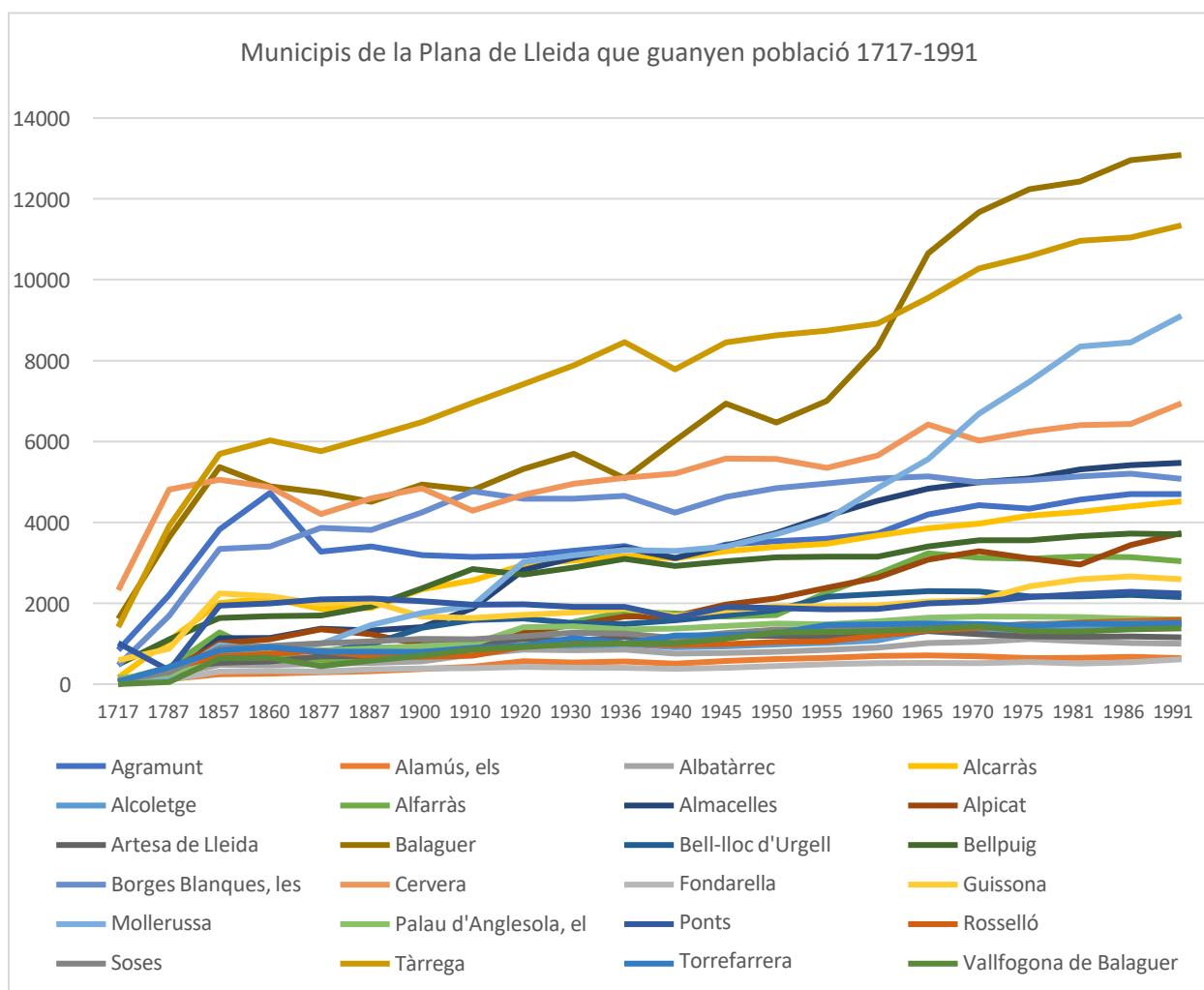
Gràfic 1.8 Pèrdua de població municipis plana de Lleida



Font: Elaboració pròpia a partir d'IDESCAT

Durant el mateix període, els municipis de la Plana de Lleida que guanyen població són:

Gràfic 1.9 Municipis de la Plana de Lleida que creixen



Font: Elaboració pròpia a partir d'IDESCAT

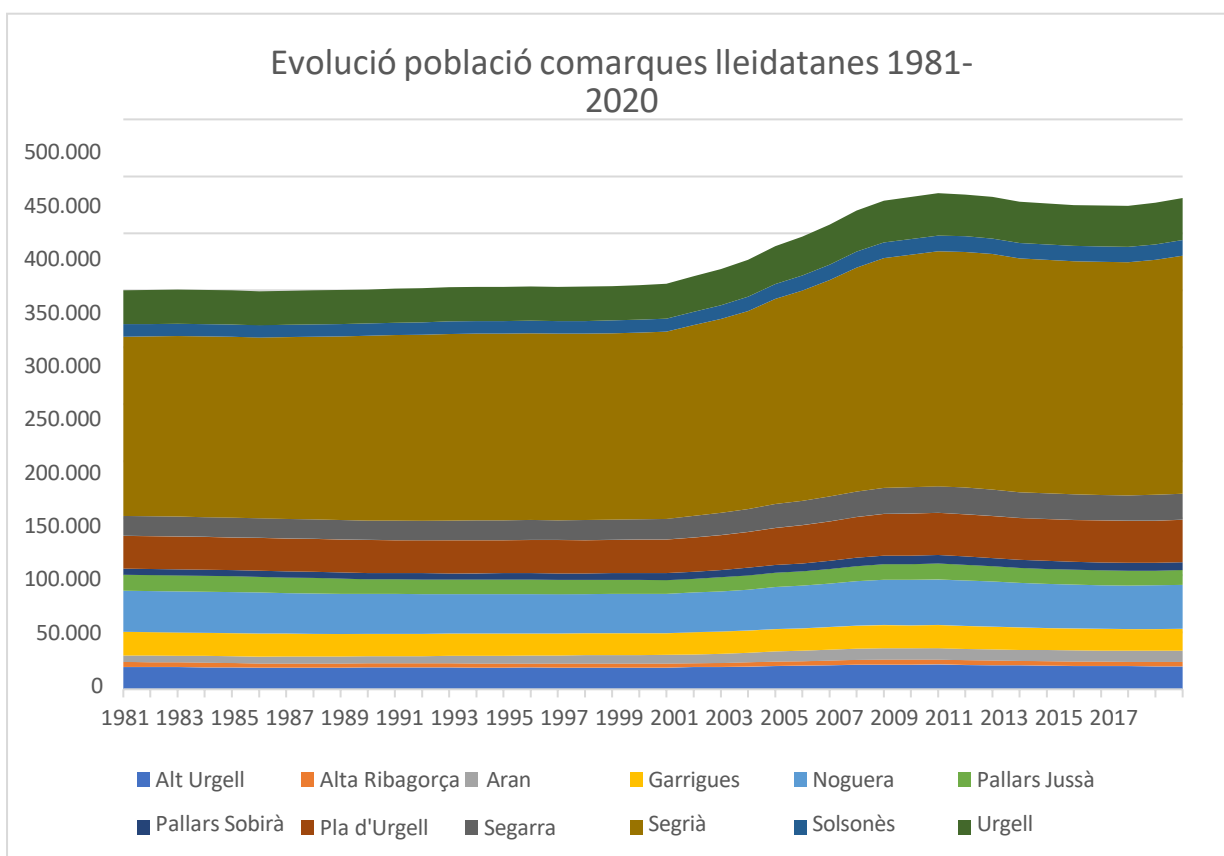
L'èxode rural propicià que Espanya deixés de ser predominantment rural no obstant, no va evitar, però, que la població rural seguís augmentant i es mantingués, com s'assenyala, en el gràfic anterior, on en molts casos la línia és ascendent en les poblacions caps de municipi o de comarca.

La percepció continuada d'un món rural que es redueix és deguda a la comparació amb l'important creixement urbà, però en nombres absoluts el medi rural seguirà creixent en volum demogràfic (Camarero, 2020)

Durant els darrers trenta anys, la població de les comarques de Lleida observa, amb el punt de referència del *boom migratori de 2001* un ascens de població (veure gràfic 1.10).

Tot i les dificultats històriques per a mantenir població, el fet migratori comporta una injecció de població arreu, que també esdevé real a les comarques de Lleida. La crisi de 2008 frena les migracions, tot i així, aquest fre no és prou gran com per a retornar a l'estat pre-boom migratori. El fenomen migratori, podria afirmar-se que constitueix un punt d'inflexió en la realitat demogràfica lleidatana, juntament amb transformacions claus com a factor treball dins dels canvis productius originats per la globalització.

Gràfic 1.10 Creixement població comarques lleidatanes



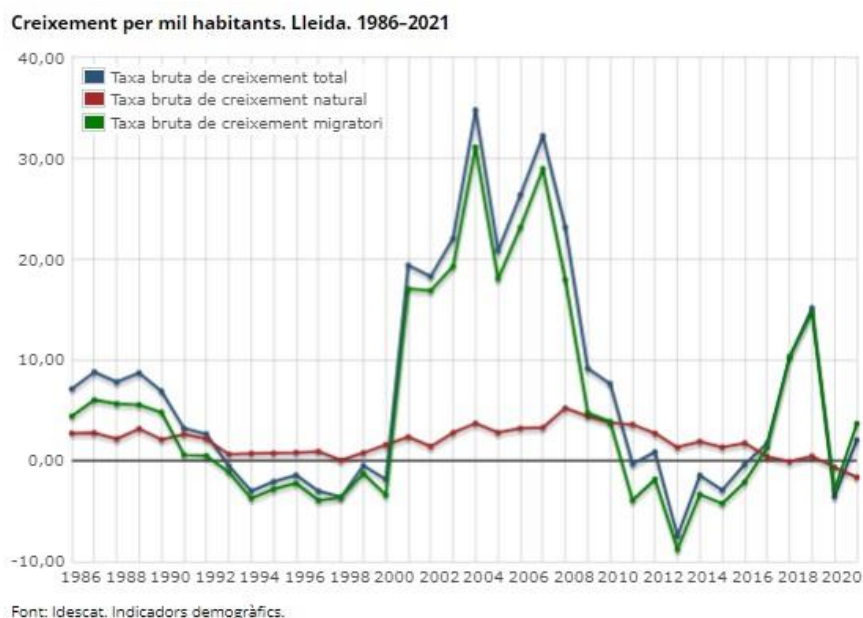
Font: Elaboració pròpia a partir d'IDESCAT

1.4.2 Creixement demogràfic natural negatiu.

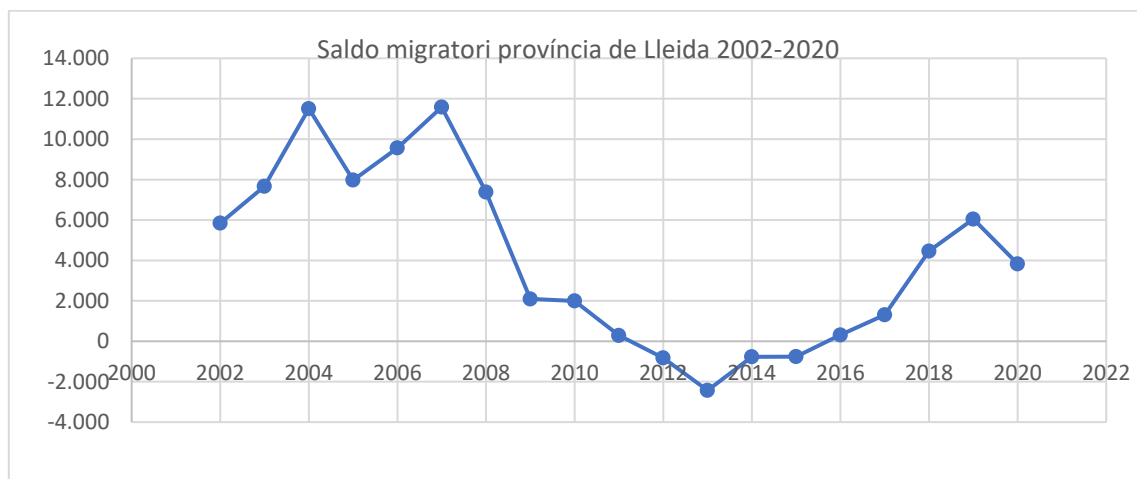
A Catalunya, les comarques litorals, per efecte de les onades migratòries, experimenten entre 2001-2013 un creixement natural positiu de la població, que afecta en menor mesura a les comarques interiors, de muntanya i sud-oest del país. Segons l'Atlas de la nova ruralitat (2015), la recessió demogràfica de les comarques rurals és deguda a una dinàmica demogràfica natural negativa, una elevada mortalitat, provocada pel fort envelliment de la població i una baixa natalitat.

El gràfic 1.11 mostra l'evolució del creixement de la població lleidatana entre el 1986 i el 2020. S'aprecia com, d'un creixement total negatiu es passa a un de positiu a partir de 2004 resultant del boom migratori que s'accelera fins el 2007 i es frena amb la crisi de 2008. A partir d'aleshores, el territori torna a perdre població fins a tocar a fons el 2012. L'afebliment del flux migratori a partir de la crisi és configura en saldos migratoris negatius a les comarques pirinenques i en algunes de les comarques meridionals. Per a l'anàlisi del despoblament rural cal comparar les variables *creixement vegetatiu* i *saldo migratori*. El factor que manté la població al territori és el saldo migratori i no el creixement natural resultant de la diferència entre naixements i defuncions.

Gràfic 1.11 Creixement de la població lleidatana (1986-2020)



Gràfic 1.12 Saldo migratori territori lleidatà

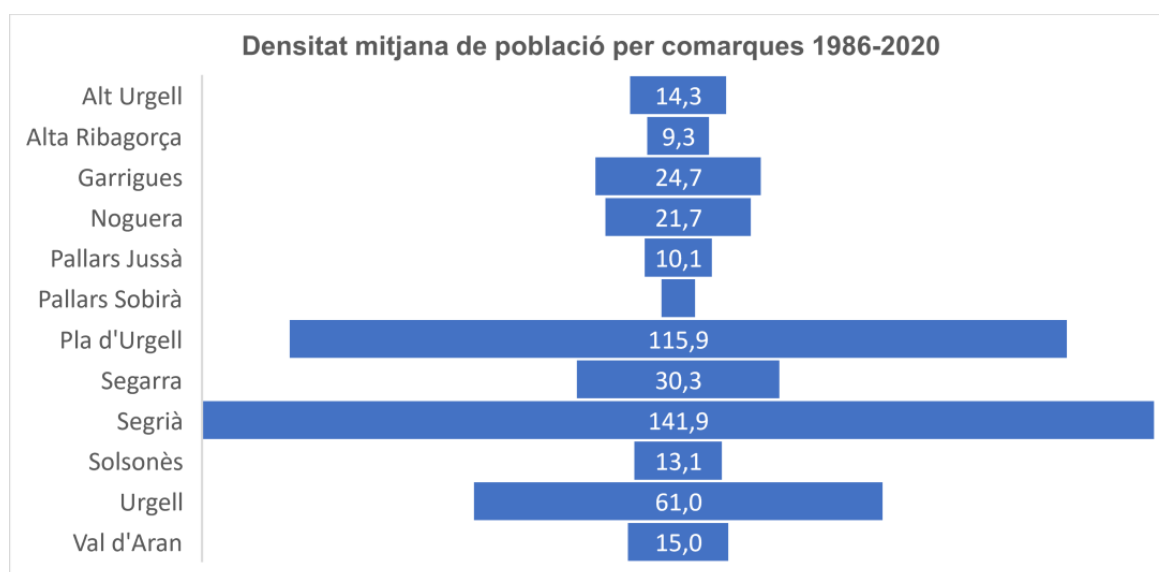


1.4.3 Baixa densitat de població.

El territori lleidatà té una densitat mitjana molt baixa: 36 habitants per km². Només el municipi de Lleida va superar els 150 hab/km²²¹ durant els anys 2012-2014 i darrerament, des de 2019, torna a superar-los, tot i que la seva densitat mitjana no ho fa. Així i tot, una baixa densitat és constitutiva del nostre territori, i l'Estat Espanyol s'ha caracteritzat sempre per una baixa densitat mitjana: 92 hab/km². La mitjana Europea és de 121 hab/km².

Aunque la baja densidad es una característica fundamental de nuestra estructura territorial, dentro de la narrativa del desarrollo no hay, por lo general, un reconocimiento explícito del valor que tiene este tipo de hábitat. Tampoco de sus implicaciones sobre los modos de vida, especialmente sobre los genéricamente cobijados en el término lento (slow), así como sobre el mantenimiento de nuestra calidad de vida ambiental, alimentaria, relacional o residencial. Nuestro modelo de poblamiento es un auténtico valor patrimonial (Camarero, 2019)

Gràfic 1.13 Densitat Mitjana comarques lleidatanes



Font: Elaboració pròpia a partir d' IDESCAT

²¹ Recordar els criteris inicials de la OCDE, en que les regions que tenien més del 50% dels municipis amb densitats menors de 150 hab/km² es definien com a *predominantment rurals*.

1.4.4 Els canvis productius transformen les llars o les unitats de reproducció: desfamiliarització, salarització i mobilitats.

Les transformacions en el món rural derivades de la desagrarització, la reestructuració econòmica i la globalització incideixen directament en les llars o en la reproducció social i generen noves estratègies familiars:

La pérdida de capacidad de las poblaciones y de los territorios sobre la organización de los procesos productivos genera una primera tensión en la estructura social, pero también tensiona el seno de las unidades productivas familiares. El proceso de reorganización de las formas de subsistencia genera el tránsito desde posiciones familiares a posiciones salariales. (Camarero,2020).

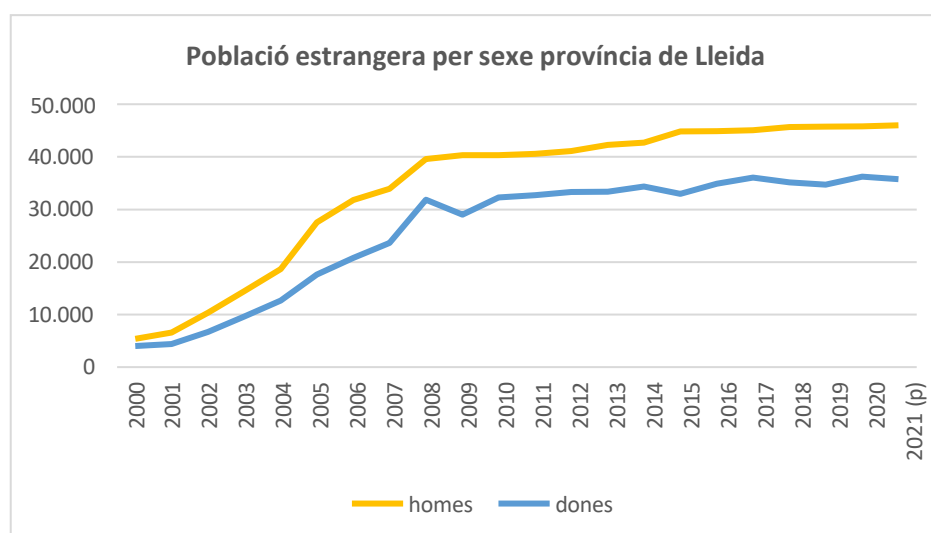
Les unitats familiars es veuen obligades a desenvolupar noves estratègies que passen per la *desfamiliarització* o deteriorament del treball familiar agrari, la *salarització* o recerca d'altres vies d'ingressos familiars i la mobilitat social, el desplaçament a altres llocs per poder subsistir. Així “la família pagesa o ramadera dedicada a la subsistència passa a ser una família dedicada a una autosubsistència no agrària mitjançant la incorporació d'innombrables activitats” (Camarero,2020). En alguns casos, la modernització permet la conversió de llars camperoles a explotacions familiars, però com assenyala aquest sociòleg, sovint aquestes explotacions passen a ser portades per pagesos que cerquen nous assalariats i la família és substituïda per aquests (Gómez et alt 1999,Camarero,2017). En tercer lloc, s'ha estudiat l'efecte de la desagrarització en relació a la força de treball i en el seu caràcter “d'expulsió del camp” que obliga els antics pagesos a cercar una salarització fora o també iniciant processos migratoris cap a altres sectors econòmics.

La globalització, el boom migratori, la diversificació i terciarització de l'economia, l'estacionalitat, i la fragmentació sorgida en la redefinició dels espais rurals lleidatans han comportat per una banda, un augment de la necessitat de mà d'obra estacional, al sector de la fruita, al turisme d'hivern i d'estiu al Pirineu, que ha creat nous nínxols de mercat i que configuren pols d'atracció per a la població d'origen estranger. Els llocs de treball coberts per la població estrangera han estat fortament generitzats o segmentats en funció del sexe de manera que en els sectors primari i secundari hi ha hagut més demanda d'homes i en el sector terciari, com en el sector de les cures, més dones. Aquesta qüestió també explica perquè al territori lleidatà hi ha un percentatge més alt de masculinització de la migració, en comparació a altres indrets de Catalunya.

Se ha producido una fuerte atracción de población extranjera y de familias transnacionales: en unos casos para alimentar las cadenas agroalimentarias, en otros casos como trabajadores en las denominadas economías de cuidados. La movilidad, estacionalidad y conexión global configuran una ruralidad híbrida. Se diluyen las diferencias en términos estructurales entre áreas rurales y urbanas mientras se intensifican las diferencias en términos de representación de expectativas vitales (Camarero 2020).

En el gràfic 1.15 es mostra l'evolució de l'arribada de persones d'origen estranger a les terres de Lleida, desagregada per sexe i el fet diferencial en el cas de Lleida, d'una proporció major de masculinització d'aquesta immigració en comparació a la resta de Catalunya.

Gràfic 1.15 Evolució de la població d'origen estranger a Lleida



Font: Elaboració pròpia a partir d'IDESCAT

1.5 Espais rurals i gènere

L'espai en relació al gènere s'està estudiant tant des de la sociologia rural com des de la geografia del gènere i la geografia feminista²³, aquests àmbits d'estudi se centren en l'anàlisi del gènere i les seves relacions amb els espais rurals. Des dels anys seixanta del segle passat, el gènere com a categoria social d'anàlisi centrà l'atenció de la

²³ *La geografia del gènere* examina les formes en que els processos socioeconòmics, polítics i ambientals creen, reproduïxen i transformen no sol els llocs on vivim sinó també les relacions socials entre els homes i les dones, i a la seva vegada estudia com les relacions de gènere tenen un impacte en aquests processos i en les seves manifestacions en l'espai i l'entorn (2006; Little et al., 1982 citat per Baylina i Salamaña). *La geografia feminista* és aquella que incorpora les aportacions teòriques del feminisme a l'explicació i interpretació dels fets geogràfics, i d'acord amb el moviment feminista, té com a objectiu desmantellar les estructures desiguals quotidianes i les bases que sostenen estructures de poder desiguals (Sabaté, Rodríguez y Díaz, 1995).

sociologia i geografia rurals, com és el cas de *Rural Sociology*, revista nordamericana de sociologia rural sorgida l'any 1936, que comença a plantejar-se la preocupació per la dona pagesa. Les primeres anàlisis de la dona al món rural es van dur a terme sota el marc funcionalista (Pearson,1980; Hill,1981; Haney,1982; Bokeimer,1985; Ross,1985 citats per Garcia Ramon, 1990). Als anys setanta i sota enfocaments marxistes, l'interès per l'estudi de la dona rural prengué protagonisme a través del moviment feminista als països anglosaxons. Seria cap als anys vuitanta que s'introduiria a Espanya a través de la sociologia (Sussex,1988) i geografia rurals amb enfocaments feministes (Little1986; Leckie,1987;Sabaté,1989). L'objectiu inicial tenia la voluntat de visibilitzar les dones rurals i el seu paper dins l'explotació familiar agrària considerant les activitats de les dones tant en l'àmbit de la producció com en el de la reproducció trencant amb l'androcentrisme imperant (García González, 2019). Els primers estudis se centren en el treball i en les divisions del treball en la família i la divisió sexual del treball. Destaca el text clàssic de la primera recerca *Woman's role in Economic Development* (Boserup,1971) sobre el paper de subordinació de la dona en el procés de desenvolupament econòmic en el món agrari, principalment a partir dels països del Sud global. Plantejava que el gènere era un factor clau de divisió del treball arreu del món. Kandyoti(1986) i Beneria (1981) qüestionarien el fet que Boserup només considerés les tasques productives i no ho relacionés amb les reproductives o domèstiques. Segons aquestes autores, les diferències entre els sistemes masculins i els femenins calia buscar-los, no en les eines que utilitzaven, com deia Boserup -en l'aixada o l'arada- sinó en les formes d'apropiació de la terra i de la plusvàlua i en la capacitat reproductora de les dones (García Ramon, 1990). Aquests inicis van contribuir a conèixer les necessitats quotidianes de la vida de les dones, el coneixement dels problemes en les comunitats rurals i a ampliar temes (mobilitat, accés a serveis).

Segons García Ramon, la introducció d'estructures de mercat i les transformacions dins de l'agricultura tradicional han "marginat la dona" de les activitats productives bàsiques i "han impulsat la dona a la immigració rural" que es constata per a Europa des del segle XVIII (Ankarloo,1979, Bouquet, 1982, citats en García Ramon, 1990). Fins a la segona Guerra Mundial la diversificació d'activitats agràries permetia "un sistema de producció amb rols d'homes i dones complementaris, però la introducció de relacions de mercat al camp desplaçà i relegà les dones envers altres tasques.

La immigració rural occidental fou estudiada a través dels avenços en l'agroindústria i de l'especialització agrícola als Estats Units (Fink,1987), que estudià la migració

femenina d'Iowa després de la introducció de l'agroindústria en la producció d'aus de corral, la qual havia ocupat tradicionalment les dones. Aquest fet les relegava en exclusiu a les tasques domèstiques.

García Ramon (1990) qüestionava "per què les activitats agràries que passen a ser importants des del punt de vista econòmic (les del mercat) passen a ser copades per homes" (cita a Gasson, 1988: 301) i cita a Barthez (1982:132) "la feminització d'una feina és un índex de la seva proletarització". Així doncs, *la divisió sexual del treball ha estat la forma que ha utilitzat la nostra societat per a subordinar el treball dut a terme per les dones*. Aquesta divisió del treball, permetia una discriminació de salaris, cosa que empenyia a les dones al matrimoni, i amb aquest, a assumir la major part del treball domèstic, fet que empitjorava la seva situació (Hartman, 1981, citat per García Ramon).

La varietat de formes d'organitzar-se en la divisió del treball productiu en el món agrícola estan condicionades per les condicions materials i socials de cada moment històric (Pahl, 1988). Les tasques de les dones en el món agrícola, no distingien treball productiu i reproductiu, "bona part de les tasques de les dones se situaven en ambdues esferes d'activitat i resulta difícil situar-les en una esfera o una altra" (García Ramon, 1999:257).

Beneria (1979) caracteritzava el treball no domèstic de les dones pageses de la següent forma: 1) Tendeix a concentrar-se en aquelles tasques compatibles amb la reproducció i en la criança dels fills, fet que implicava poca mobilitat espacial. 2) Estava condicionat per la classe social i per l'edat. 3) No havia d'amenaçar el treball de l'home, per la qual cosa solia ser una ajuda a aquest i en els censos agraris figura com a "ajuda familiar". 4) Les activitats femenines retribuïdes solen ser una extensió de les tasques domèstiques (labors artesania, processament de productes) 5) No tenia caràcter permanent i tenia menys remuneració (García Ramon, 1990). Les teories feministes dels anys vuitanta proposaven que era necessari prendre en consideració *valors de canvi i valors d'ús* -que implica relacions socials i es podria comptabilitzar econòmicament-, que es creen en l'esfera domèstica (Pahl, 1988). Es proposava que l'esfera domèstica havia de ser comptabilitzada o integrar-se dins del mode capitalista. El treball de les dones en les explotacions agràries familiars ha tingut sempre un rol fonamental però fortament invisibilitzat, de manera que seria considerat per un sistema pairal-patriarcal com a paper de "suport i comodí" i una "disponibilitat de la dona" per al que convenia, tant sigui dins la producció com en l'àmbit de la reproducció (Berlan, 1984; Barthez, 1986).

A partir dels anys setanta, la diversificació econòmica promogué que cada vegada es treballés més fora de la pròpia explotació agrària, com a complement econòmic, tant homes com dones (García Ramon, 1990). Als anys 80, les innovacions tecnològiques i la mecanització dels llocs de treball desplaçaren les tasques de les dones i calia preguntar-se'n la raó, ja que els podien ben facilitar la feina. Es preguntaven si el disseny de les màquines i tractors introduïts als anys cinquanta estaven adaptats o eren accessibles a les dones, i es comparaven a les dones japoneses pageses tenien un paper destacat en conduir màquines més petites.

Altres estudis de gènere europeus, als anys 80 (s.XX) assenyalen com les relacions entre gèneres dins les unitats productives agràries són la causa de la “fugida” de dones (Whatmore, 1991, citat per Camarero, 2008) i altres factors com la diferència salarial que s'ofereix a les zones urbanes en comparació a les treballadores agrícoles (Alm's i Haugen, 1991) i a aquesta idea s'hi afegix el fet que les dones veuen difícil, en aquell context, poder dur a terme un tipus d'agricultura, menys productivista, més ecològica i més d'acord amb la naturalesa (Haugen i Brandth, 1994, citats per Camarero, 2008). Camarero, Sampedro y Vicente-Mazariegos (1991) veuen una *ruptura generacional* en el context de la desagrarització, dins la qual les dones utilitzen estratègies per a abandonar la submissió patriarcal dins les famílies agràries i dins les explotacions agràries familiars. Aquesta “ruptura agrària” o econòmica en forma de recerca de salarització fora de la unitat productiva familiar s'uneix al concepte de *fugida il·lustrada* en que les dones adopten l'estratègia de formar-se i educar-se per a poder canviar i millorar les seves vides. La fugida il·lustrada seria doncs, “una estratègia de qualificació formativa que permet deixar enrere el món agrari-rural fent possible l'ascens social mitjançant l'ocupació o professió qualificada”(Camarero,2008). Així doncs, les estratègies familiars desplegades envers els fills o les filles provoquen que, en el cas dels homes, se'ls eduqui per a heretar l'explotació familiar ja modernitzada, mentre que a les filles se'ls dota d'estudis com a capital bàsic d'ascens social. Aquest fet, tindrà les repercussions clares en la masculinització del món rural.

Noves ruralitats i gènere

La influència de les relacions de gènere i de poder han estat fonamentals com a factors explicatius de l'emigració juvenil al món rural sobrerrepresentada per les dones (Baylina, 2020). Segons Baylina, en el seu article “dones i tornada al camp: protagonistes de les noves dinàmiques rurals a Catalunya (2020) i en “Retorn al món rural , gènere i poder local” (Baylina, en Cerrarols i Nogué, 2022) mostra com des de fa pocs anys es detecten

nous moviments de dones que fan un retorn al camp. Aquestes dones, qualificades i amb un projecte professional propi, havien sortit cap a entorns urbans, i en el seu retorn ofereixen noves mirades a la ruralitat, on el treball en xarxa, el desafiament de les estructures patriarcales, la innovació i el paper empoderat i agencial de les dones trenquen de ple amb la generització dels espais rurals.

Capítol 2. L'ESPAI DE LA LLAR: ESPAI DE CURA I REPRODUCCIÓ SOCIAL. LES LLARS FAMILIARS EN L'ESPAI RURAL.

2.1 Indicadors demogràfics que condicionen l'espai de les llars.

2.1.1 Dinàmiques demogràfiques recents en el context europeu (UE) i espanyol

L'escenari i context europeus (en concret la UE), constitueixen marcs *comparatius* entre estats i territoris a partir dels quals es pot fer una lectura de la realitat demogràfica lleidatana. Per tant, en aquest apartat es presenten indicadors demogràfics a nivell europeu²² en relació a les dinàmiques de població, natalitat, mortalitat, creixement natural de la població, esperança de vida en néixer i envelliment. Aquests indicadors actuen com a condicionants del dinamisme i transformacions de les llars i fonamenten la problemàtica objecte d'estudi.

El *creixement real de la població* calculat a partir de la taxa bruta de creixement real o total de la població, és la variació en el nombre d'individus d'una població d'éssers vius en un determinat període, usualment un any, com a resultat del balanç entre naixements i morts, així com del balanç entre immigrants i emigrants.

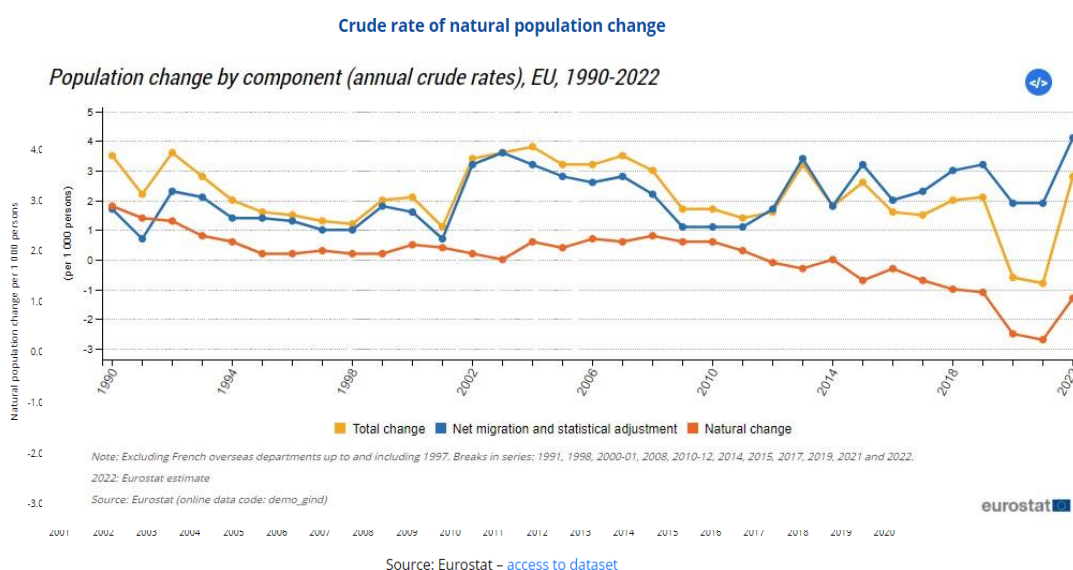
Durant el període 2001-2022 la població a la Unió Europea creix en uns 17 milions i mig de persones, aproximadament un 5%. Si el *boom migratori* de 2001 comportà un augment generalitzat de població, aquest s'atura a partir de la crisi financera de 2008. Al conjunt de la Unió Europea, el descens s'evidencia entre 2008-2012. La població es recupera enmig de fluctuacions entre el 2013 i el 2019 fins l'aturada brusca de població

²² Als anys 80 del segle XX, Dirk van der Kaa i Ron Lesthaeghe proposaren la teoria "clàssica" d'una *Segona Transició Demogràfica* en els països industrialitzats, que es caracteritzava per noves pautes familiars i nous valors postmoderns. Si la *Primera Transició Demogràfica* al·ludia a un descens progressiu de la mortalitat seguit per un tardà descens de la fecunditat amb un elevat creixement vegetatiu, la *Segona Transició Demogràfica* implica valors molt baixos d'ambdues taxes, amb valors inferiors en la fecunditat en relació a la mortalitat, fet que provoca un creixement negatiu vegetatiu o natural de la població (Pérez Díaz, 2011). Aquestes teories es basen fonamentalment en estudis transversals. Per altra banda, fent ús d'estudis de caràcter longitudinal, demògrafs com Anna Cabré, amb les seves aportacions sobre el sistema català de reproducció (1999) i Julio Pérez Díaz amb la teoria endegada de la *Revolució productiva*²⁴ (2005) fan una nova proposta explicativa dels canvis demogràfics relatius a Catalunya i a Espanya, aportant el concepte d'eficiència reproductiva, el paper clau de la immigració en el sistema català de reproducció, caracteritzat per una "evolució rigorosament inversa de reproducció biològica i d'immigració" (Cabré, 1999: 211), és a dir, segons Cabré "la immigració s'ha adaptat a una reproducció decreixent dels naixements per tal d'originar un creixement demogràfic accelerat però regularment sostingut dels efectius en edat activa".

el 2020 deguda a la *pandèmia* COVID-19 en que la UE perd 310.000 persones. En el cas d'Espanya, la població ha crescut uns 7 milions durant els darrers vint anys. El descens causat per la crisi de 2008 es reflecteix demogràficament a partir de 2012 i fins el 2016 , en que perd 380.000 persones. Remunta a partir de 2017 fins el 2020 en que reté el seu creixement a causa de la pandèmia, augmentant només en 10.000 habitants de 2020 a 2022.

2.1.1.1 Creixement natural negatiu de la població dels països de la UE.

Gràfic 2.1 Creixement de població UE (1999-2022)



Font: Eurostat (2023)

Com s'ha comentat en el capítol anterior, el *creixement natural o vegetatiu* de la població és la diferència anual entre el nombre de nascuts i el de morts en una població determinada. Si hi predominen les defuncions, la població disminueix, si no, la població augmenta. A l'Estat Espanyol, l'equilibri demogràfic referent al creixement natural és negatiu, per exemple, en el 2022²³ neixen 329.900 persones però en moren més: 462.700. Aquesta diferència de -132,800 és amortida només pel fenomen migratori, de 695,700 persones, el qual determina el lleu creixement poblacional real amb data de l'1 de gener de 2023 observat a Espanya, de +562,700 habitants.

²³ L' 1 de gener Espanya tenia una població de 47.432.900 persones. Al cap d'un any, l'1 de gener de 2023 és de 48.059.800.

2.1.1.2 Natalitat i mortalitat espanyoles per sota de la mitjana europea

La mortalitat mitjana europea i també l'espanyola són més altes que la natalitat, per tant, el creixement vegetatiu europeu és durant la darrera dècada, és negatiu. El 2022, la taxa espanyola de natalitat²⁴ fou de 6,9 ‰ (la segona més baixa després d'Itàlia (6,7‰) i mortalitat (9,7‰) se situen per sota de la mitjana europea (natalitat 8,7‰ i mortalitat 11,5‰). Aquest fet situa Espanya, com s'ha mencionat i en el present on s'inscriu la recerca, **en un creixement vegetatiu per sota de la mitjana europea.**

2.1.1.3 Esperança de vida en néixer

L'esperança de vida en néixer als països de la Unió Europea ha anat en ascens situant-se, per exemple, d'una mitjana de 78,9 anys el 2002 a 80,7 anys (Eurostat, 2023). El brot COVID-19 causà entre 2019-2021, un descens en l'esperança de vida als països de la UE de -1,2 anys. Disminuí passant de 81,3 (2019) a 80,4 anys el 2020 (-0,9) i el 2021 continuà disminuint (-0,3) fins a situar-se a l'esmentada xifra de 80,1 anys. En el cas dels homes aquest descens va ser de -1,3 anys (de 78,5 a 77,2) i es recupera el 2022 fins a 78 anys. En les dones disminuí -1,1 anys, passant de 84 (2019) a 82,9 anys (2021). El 2022 es recupera fins als 83,5 anys.

A Espanya, el descens en l'esperança de vida degut a la pandèmia fou dels més grans de la UE (-1,48%), ²⁵ passant de 84 anys el 2019 a 82,4 el 2020. En aquest cas, les dades més actualitzades d' Eurostat²⁶ mostren una recuperació per a Espanya el 2022 fins a 83,2 anys, situant-lo en un dels països europeus amb una esperança mitjana de vida més llarga (després de Liechtenstein i de Suïssa). En el cas dels homes és de 80,4 anys i en les dones 85,9 anys (Eurostat,2023).

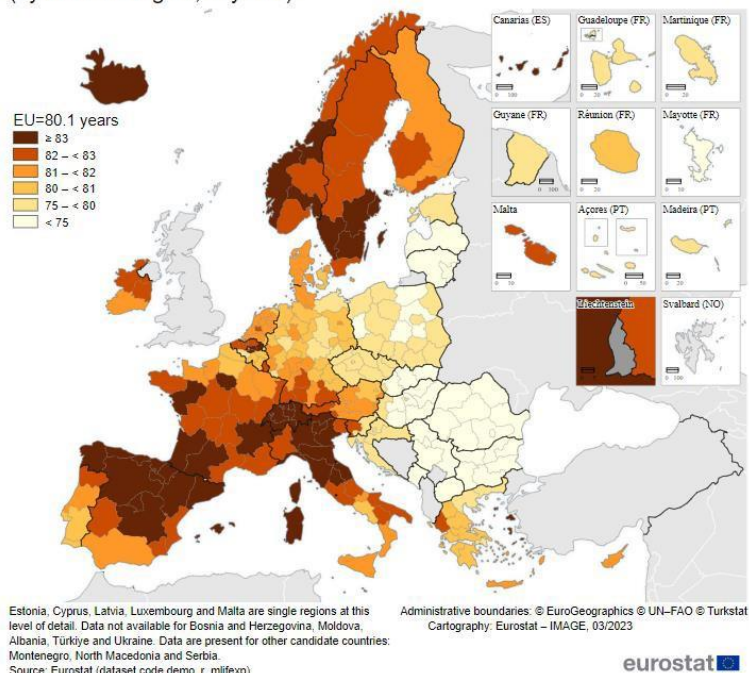
²⁴ Dades provinents d'Eurostat (2023)https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/DEMO_GIND_custom_9175440/default/table?lang=en

²⁵ Aquest fet, requeriria indagar en els resultats altres investigacions, relacionades amb les condicions socials i sanitàries en que es trobaven les persones grans que moren, moltes de les quals es trobaven en espais residencials on patiren de forma més directa les conseqüències de la pandèmia i l'alta mortalitat. També interroga directament el tipus de polítiques de cures de l'Estat Espanyol, o l'absència d'aquestes, i com tot plegat ha afectat de forma més directa a determinats col·lectius, com ara a les persones cuidadores de gent gran a domicili, que perderen en molts casos la feina i precaritzaren les seves condicions socials i econòmiques d'existència, i el biaix de gènere en les professions relacionades amb la cura i la salut.

²⁶ Eurostat (2021) Data consulta 1, Abril 2023.
<https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/w/DDN-20230316-1>

Gràfic 2.2 Esperança de vida en néixer països UE (2021)

Life expectancy at birth, 2021
(by NUTS 2 region; in years)



Font: Eurostat (2023)

Segons sexe, **les dones viuen una mitjana de 5,6 anys més** que els homes. Per altra banda, segons Eurostat,²⁶ en general, hi ha un 4,6% més de dones que homes a la Unió Europea. Al gener de 2022, per exemple, hi havia 228 milions de dones versus 218 milions d'homes a la UE. En el cas d'Espanya, el 2022 hi havia per cada 100 homes, 104,1 dones. (Els països on figura més proporció de dones per home són Letònia i Lituània). Existeix una diferència gran entre països de la UE, en la bretxa per gèneres en relació a l'esperança de vida en néixer. Mentre a Lituània era de 10 anys la diferència entre l'esperança de vida de les dones i els homes, a Holanda la diferència era de 3,4 anys.

2.1.1.4 Envel·liment de la població

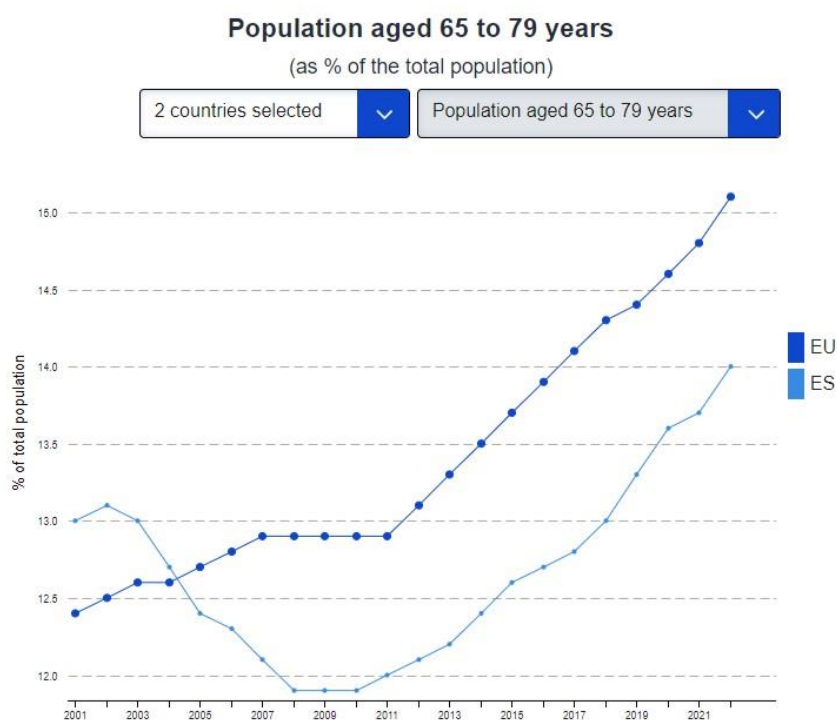
El 2022, una de cada cinc persones a la UE (21%) tenia més de 65 anys i les projeccions dels propers anys indiquen que al 2035 una de cada quatre persones tindrà més de 65 anys i al 2058 ja seran el 30% (Eurostat,2023).

²⁶https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/DEMO_PJANIND_custom_4933064/bookmark/table?lang=en&bookmarkId=9f4c2c65-e8c1-4e74-ad33-8a8c9afc2487

El conjunt espanyol es troba lleugerament per sota de la mitjana europea des de 2005 i ha superat per primer cop el 20% el 2022 (INE,2022). A Catalunya, el 19,3% de la població es troba en aquesta franja d'edat (IDESCAT, 2023).

En relació a l'evolució de la dinàmica del grup d'edat situat entre 65-79 anys, Espanya observa un descens en la proporció corresponent a aquest grup d'edat entre el 2002 i el 2010 motivat per l'onada migratòria que rejoyeneix la població. Això no succeeix a la mitjana de països de la UE, la proporció dels quals s'estabilitza i torna a créixer a partir de 2012. El 2022, el 14% de la població es troba en aquesta franja d'edat a Espanya, mentre a la UE és d'un 15,1%.

Gràfic 2.3 Grup de població entre 65 i 79 anys a Espanya i UE



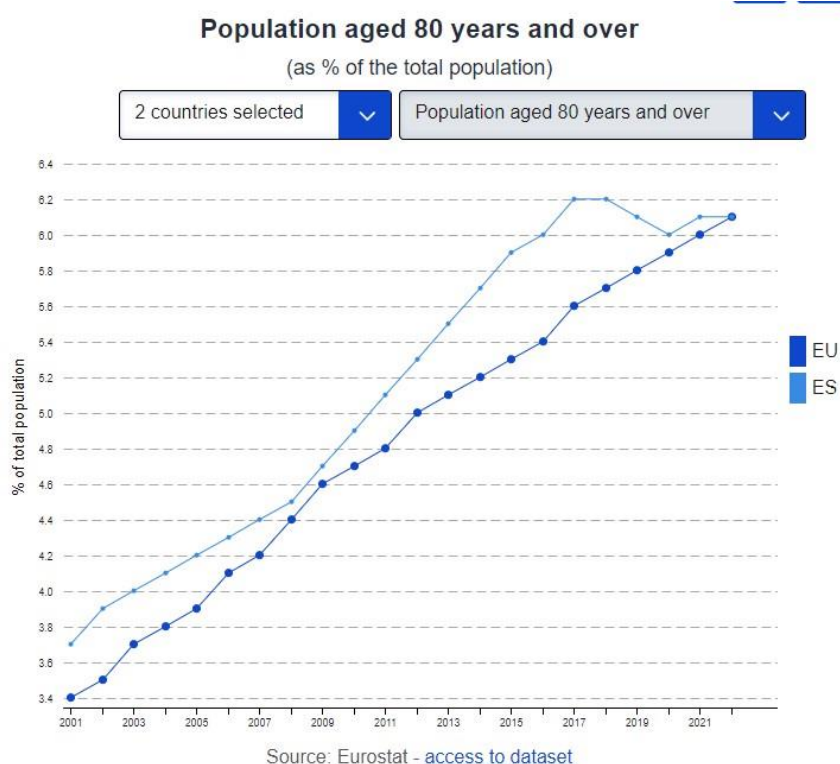
Font: Eurostat(2023)

És significatiu que una de cada cinc persones de més de 65 anys es troba en risc d'exclusió social a Europa (19,4%) i Espanya se situa per sobre de la UE, amb un 20,5%. (Eurostat, 2023). Els països de l'est són qui ocupa el ranking més alt de risc d'exclusió (Bulgària, amb el 48,2%, Letònia,43,7%, Estònia, 42,5%, Albània, Lituània, Croàcia, Nord Macedònia, Romania, Turquia, Malta, Sèrbia, Suïssa, Xipre, Montenegro (tots per sobre del 25%). Espanya se situa a l'alçada de Portugal, Grècia i Eslovènia. Per altra banda, Luxemburg, Noruega, França, Dinamarca, Eslovàquia, Àustria, Finlàndia i Noruega el percentatge es troba per sota del 15%.

2.1.1.5 El sobreenvelliment s'ha doblat en vint anys a Europa.

El *sobreenvelliment* d'Europa és cada cop més pronunciat. El grup format per persones de més de 80 anys quasi s'ha doblat en els darrers vint anys. Els de més de 80 anys constituïen el 3,4% (2001) en comparació al 6,1% de la població (2022). Espanya iguala, la mitjana europea en percentatge de població de més de 80 anys. El seu augment també ha estat significatiu: d'un 3,7% el 2001 al 6,1% el 2022. El gràfic 2.4 mostra que si bé l'ascens és perllongat en la mitjana europea, en el cas d'Espanya des del 2018-2020 aquesta xifra cau. A partir de 2020 torna a ascendir fins a convergir amb la UE.

Gràfic 2.4 Població de més de 80 anys a Espanya i UE



Font: Eurostat (2023)

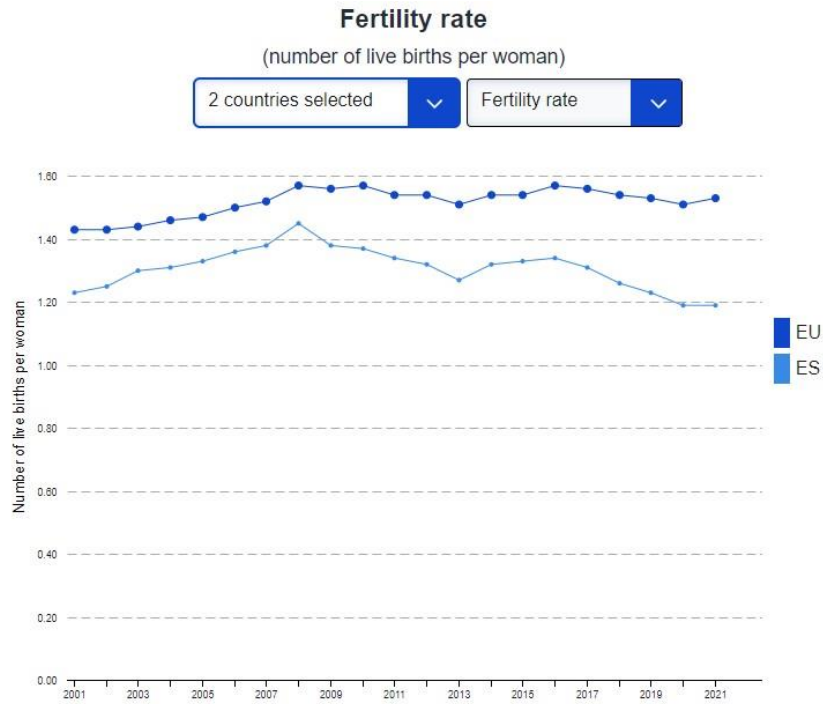
2.1.1.6 Fertilitat i matrimonis espanyols per sota de la mitjana europea

En relació al nombre de fills per dona o índex de fertilitat, **Espanya se situava el 2022 per sota de la mitjana europea amb 1,19 naixements per dona**, davant el 1,53 de la UE. L'índex de fertilitat es frenà amb la crisi de 2008 i decau fins el 2013. A partir d'aquest any es recupera però el 2016 es torna a decaure. Entre 2020 i 2021 es manté.

Pel que fa a la taxa de matrimoni, Espanya es troba per sota de la mitjana europea en casaments: 3,5 ‰ (2019), en front el 4,3‰ de la mitjana europea. L'edat mitjana de

matrimoni dels homes era de 36,1 anys el 2019 i de les dones 33,9 anys. El nombre de fills/es que neixen sense o fora del matrimoni ha augmentat notablement des de 2001. Si aleshores un 19,4% fills/es provenia de parelles no casades, el 2019 a Espanya ha estat del 48,4%.(Eurostat,2021).

Gràfic 2.5 Índex de fertilitat Espanya i UE



Font: Eurostat(2023)

2.1.2 Indicadors demogràfics a Catalunya. El cas del territori lleidatà.

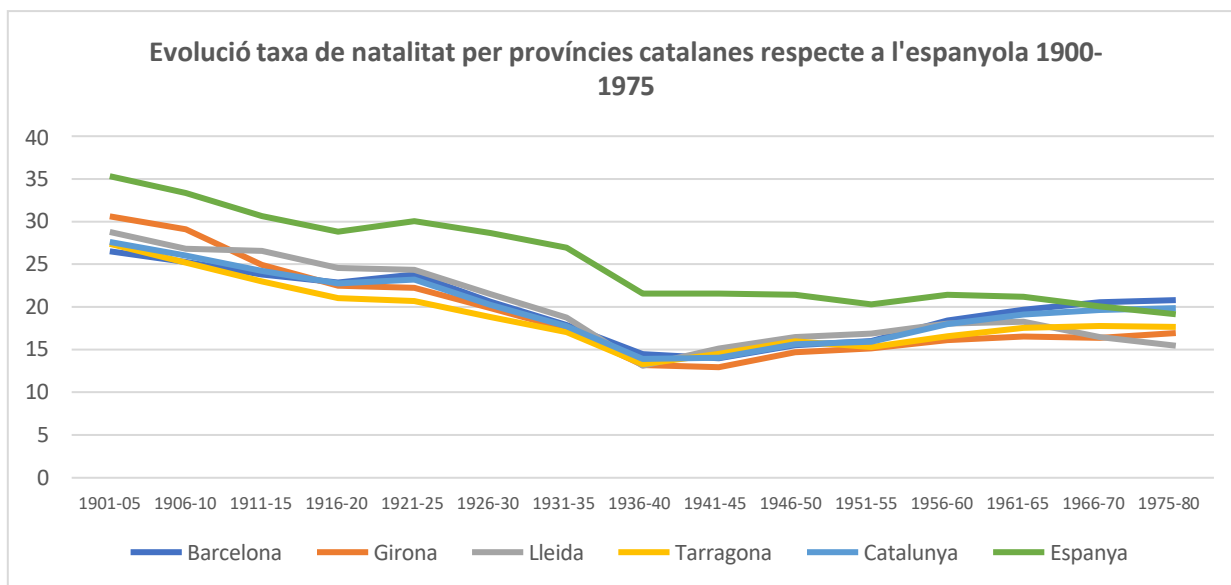
A continuació, com a base que permet entendre el comportament de les llars familiars, es descriuen les dinàmiques demogràfiques del territori lleidatà i del conjunt català: les entrades i sortides de persones, a través de mecanismes vegetatius (naixements i morts) o migratoris (immigracions i emigracions). Com es veurà, en l'anàlisi demogràfica de poblacions tant petites com la lleidatana, el paper i impacte de les migracions és clau per a mantenir la població i de cara a la seva supervivència.

2.1.1.1 Natalitat i Fecunditat a Catalunya.

Catalunya tenia, durant el segle XX, ja des de principi de segle un índex sintètic de fecunditat (ISF) o nombre mitjà de fills-es per dona inferior a la mitjana espanyola: Si l'any 1900 l' ISF espanyol era de 4,71 fills per dona i l'edat mitjana de maternitat 30,2 anys, a Catalunya era de 3,51 fills per dona i l'edat mitjana de maternitat els 29,9 anys (Sáez,1979). La tendència era a la baixa, sobretot entre 1930-60, que se situa a 1,91 (1935) i a 1,92 (1955). Aquesta situació canvia de sobte – període coincident amb el *Baby Boom* entre 1960-80, amb una fecunditat de 2,7 fills per dona el 1975. A partir d'aquí els naixements inicien un descens que continua encara (Cabré,1999).

A la taula 2.2 i gràfic 2.11 s'observa que la taxa de natalitat durant el segle XX, de les províncies catalanes sempre és inferior a l'espanyola, excepte entre 1975-80, que la catalana la supera en 7 dècimes. S'observa en segon lloc, un decreixement de la natalitat catalana fins el període bèl·lic, i una recuperació progressiva a partir de la postguerra. En el cas espanyol, el descens de la taxa de natalitat és progressiu, amb canvi bruscat per la guerra, però que no es recupera durant la postguerra. Amb aquesta baixa natalitat i fecunditats catalanes, el creixement demogràfic de Catalunya s'ha degut, fonamentalment, a les diferents onades d'immigrants. “Després d'un saldo migratori alt, el segueix un creixement vegetatiu alt, com succeeix entre 1920-30 i entre 1960-70, quan l'increment natural de la població arriba a les xifres més altres de la demografia catalana”(Aguayo, 2018). Segons Cabré (1999), “ambdós fenòmens, migració interna i davallada de la fecunditat, tenen orígens comuns, que cal cercar en els processos d'industrialització i de creixement de la ciutat de Barcelona, en la complexitat del sistema de transmissió patrimonial tradicional i en la seva entrada en crisi”.

Gràfic 2.6 Taxa natalitat per províncies catalanes 1900-1975



Font: Elaboració pròpia a partir de Cabré (1999)

Taula 2.2 Taxes natalitat : Catalunya i Espanya 1901-1975

Període	Barcelona	Girona	Lleida	Tarragona	Catalunya	Espanya
1901-05	26,52	30,61	28,78	27,39	27,61	35,31
1906-10	25,26	29,09	26,81	25,19	26,04	33,34
1911-15	23,8	24,95	26,53	22,97	24,21	30,63
1916-20	22,89	22,49	24,55	21,03	22,77	28,81
1921-25	23,82	22,23	24,35	20,69	23,22	30,04
1926-30	20,61	19,86	21,50	18,83	20,26	28,66
1931-35	17,89	17,42	18,76	17,06	17,74	26,94
1936-40	14,47	13,20	13,11	13,31	13,91	21,56
1941-45	13,99	12,94	15,12	14,50	14,05	21,55
1946-50	15,51	14,69	16,45	15,98	15,64	21,41
1951-55	16	15,14	16,87	15,30	15,92	20,27
1956-60	18,41	16,14	18,02	16,56	17,99	21,41
1961-65	19,7	16,54	18,25	17,54	19,11	21,19
1966-70	20,54	16,4	16,47	17,76	19,66	20,08
1975-80	20,8	16,96	15,46	17,68	19,86	19,14

Font: Pujadas I citada per Cabré (1999)

En el cas del territori lleidatà, Barrull (2003), analitza les primeres dècades del s.XX a Lleida i les defineix com a període de descens de població degut a “la combinació d’una crisi agrària i l’atracció d’activitats relacionades amb la indústria i el comerç, majorment desenvolupades a la província de Barcelona”. Té lloc en aquells anys una onada migratòria de caràcter rural camp-ciutat en que hi ha un desplaçament de persones cap a les capitals de comarca. La ciutat de Lleida creix durant aquest període. Barrull compara la dinàmica demogràfica entre Lleida, algunes comarques i Catalunya, i conclou que les terres lleidatanes, i de forma més acusada, la ciutat de Lleida, segueixen un creixement sostingut a l’igual que la resta de Catalunya fins el 1920, que hi ha un retrocés en el creixement de les comarques, excepte en els casos del Segrià i l’Urgell que creixen en població, però per sota de la mitjana catalana. Aguayo(2018) mostra com creix Lleida entre 1900-30, en 17.436 habitants, procedents de moviments migratoris. En aquells moments es calcula que les xifres d’habitants de Lleida nascuts a fora eren en un 52,4%, i d’aquests en un 30,3% provenien de la mateixa província, la resta d’altres províncies.

Taula 2.3 Indicador de fecunditat matrimonial

Províncies	1900	1910	1920	1930	1950
Barcelona	0,938	0,867	0,764	0,745	0,629
Girona	1,110	1,000	0,848	0,841	0,642
Lleida	1,145	1,075	0,984	0,888	0,696
Tarragona	1,056	0,902	0,803	0,957	0,660
Espanya	1,509	1,439	1,284	1,181	0,949

Font: W. Leasure citat per Cabré,A (1999)

La província de Lleida, tot i seguir el ritme de la resta de Catalunya, observa (veure taula 2.3), des de 1911 una natalitat i fecunditat matrimonial lleugerament més altes que la mitjana catalana fins la Guerra Civil. Passada aquesta, viu una recuperació més ràpida entre els períodes 1936-40 i 1941-45, període en que “la població lleidatana experimenta un creixement continu on l’aportació de la immigració és un factor determinant en la dècada dels anys quaranta- essent la dècada amb major arribada de població immigrant, testimonial per als anys cinquanta i un complement per als anys seixanta”(Aguayo, 2018). Des d’aquest moment fins al final del període franquista, el territori de Lleida experimenta un creixement demogràfic a l’alça, gràcies a la immigració nacional, que es reflecteix amb unes taxes de natalitat que superen la mitjana catalana entre els anys 40 i els 60. Aquest creixement s’inicia el

1939 amb el retorn de població després de la Guerra Civil, confirmat segons Lladonosa: “a partir de 1940 s’inicià a Lleida el moviment migratori més gran que ha experimentat en el decurs de la història”(Aguayo 2018). A partir d’aquestes dates, la natalitat i la fecunditat matrimonial lleidatana entren en descens, abandonant la convergència en el ritme de les altres províncies catalanes, i situant-se, en comparació amb la resta de Catalunya i d’Espanya, en la més baixa, i no es recupera fins el 1997, i després amb l’ajuda del boom migratori que convergeix amb les altres taxes, fins a aconseguir un pic al 2008, que constitueix el punt d’inflexió de la crisi econòmica de 2007-08. Des d’aleshores, segueix el mateix ritme de descens que la resta del territori català i espanyol.

2.1.2.2. Envel·liment, sobreenvelliment, índex de dependència i mortalitat a Lleida

A. Envel·liment a Lleida

Lleida és el territori més envellit de Catalunya. L’índex d’envelliment és de 137,6% (2023), per sobre la mitjana catalana (136,5%). L’envelliment o població de 65 anys i més per cada 100 habitants de menys de 15 anys, que depèn d’aquests efectius més joves, va créixer amb l’onada migratòria del 2001, però es recupera des del 2013 (Gràfic 2.13). Es recupera perquè el creixement natural, després de la crisi torna a ser negatiu, perquè la natalitat és molt baixa i la piràmide de població s’aprima per baix. A nivell comarcal (Taula 2.7), els habitants de Lleida es caracteritzen per ser una població envellida, superior en la major part dels casos a la mitjana catalana. Com es veurà la comarca d’Aran, la Segarra i el Segrià, amb alta immigració, rejuveneixen el territori.

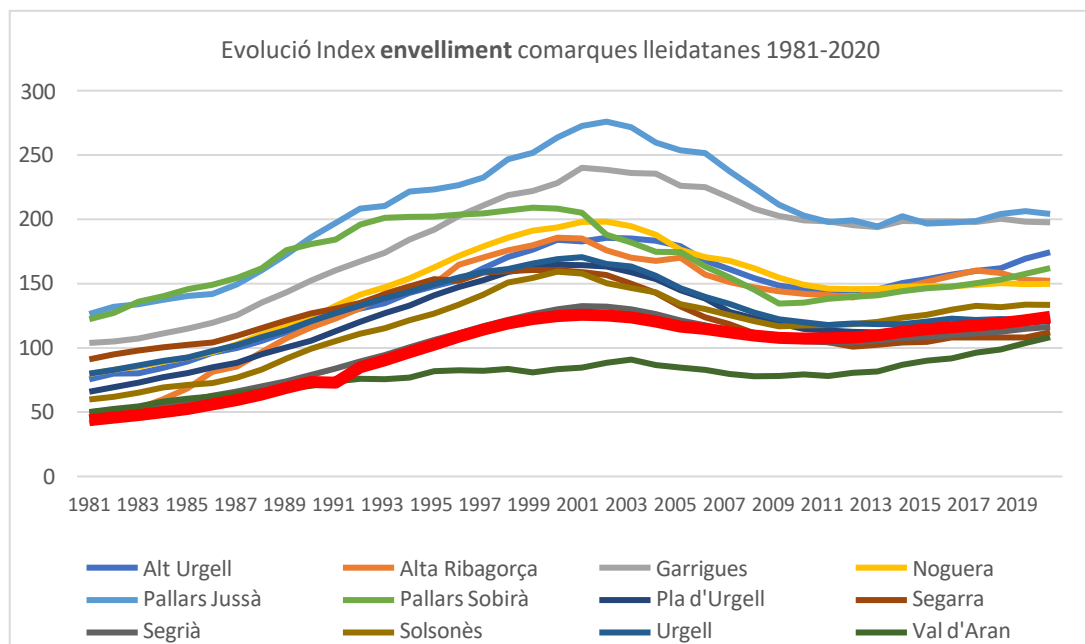
Taula 2.4 Índex envelliment per comarques

	1981	1991	2001	2011	2020
Alt Urgell	75,5	125,8	182,7	144,4	174,4
Alta Ribagorça	41,3	122,7	185	140,9	152,2
Garrigues	103,9	160,5	240,1	198,5	197,7
Noguera	79,8	132,7	198	146,3	149,9
Pallars Jussà	126,4	197,3	272,7	198	204,1
Pallars Sobirà	122,4	184,2	205,1	138,3	162,1
Pla d’Urgell	66	113,2	164,3	113,6	120,7
Segarra	91,1	130,5	159	104,3	112,2
Segrià	49,9	84	132,5	104,3	116,4
Solsonès	60	105,4	157,8	117,7	133,5
Urgell	80,1	126,9	170,6	117,8	122
Val d’Aran	50,2	74	84,8	78,3	108,4
CATALUNYA	43,9	72,9	125,8	107,6	124,2

Font: Elaboració pròpia a partir d’ IDESCAT (2021)²⁸

²⁸ Marcat en fons gris els índex que superen la mitjana catalana

Gràfic 2.7 Envel·liment a Lleida i comarques



Font: Elaboració pròpia a partir d' IDESCAT

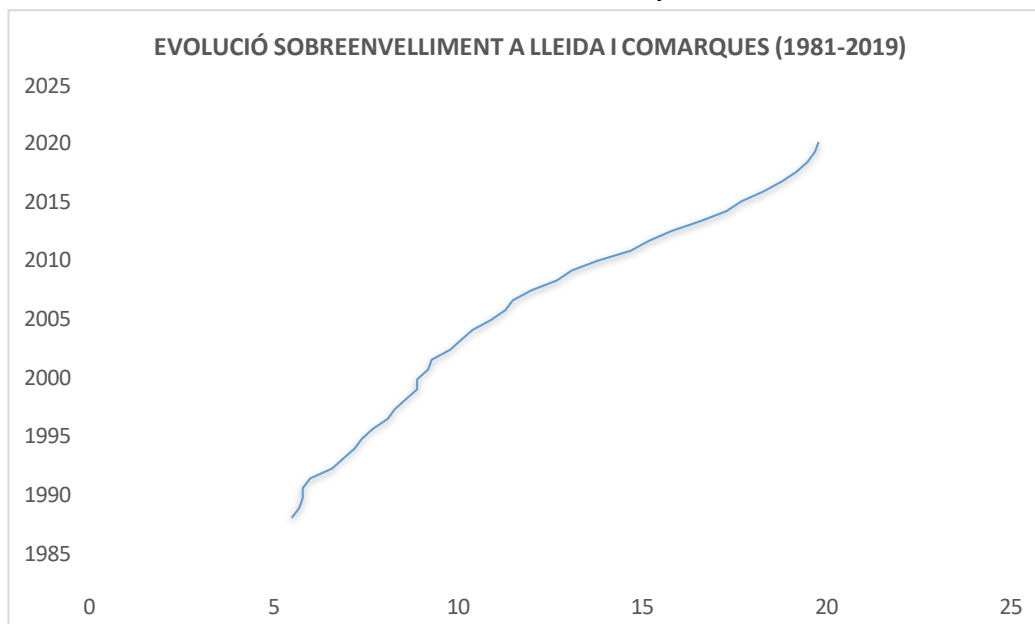
B) Sobreenvelliment a Lleida

Durant els darrers quaranta anys les comarques lleidatanes tripliquen el sobreenvelliment. Això vol dir que el nombre de persones de 85 anys o més respecte al de persones de + de 65 anys s'accelera degut a l'avançada edat, amb l'actual esperança de vida i amb el risc d'una supervivència amb nivells més alts de dependència vinculada amb l'edat. L'índex de sobreenvelliment a Lleida passà de 5,5% el 1981 al 19 % el 2023. La realitat lleidatana en aquest sentit supera la mitjana catalana que és de 16,8% (IDESCAT, 2023). Les comarques lleidatanes on hi ha més població més sobreenvellida són el Pallars Jussà i l'Alta Ribagorça (24,5%), el Pallars Sobirà (22,2%) i les segueixen la Segarra (21,7%) i la Noguera (21,6%).

L'índex de dependència juvenil o població de menys de quinze anys per 100 habitants de 15 a 64 anys, (Gràfic 2.9) de la província de Lleida és de 21,8%, lleugerament per sobre de la mitjana catalana (21,3%). A Catalunya, observa un descens de vint punts entre 1975- 2000, degut a la baixada de la natalitat arribada de la transició democràtica, i altres canvis en el comportament reproductiu. L'Índex de dependència de la gent gran, que es refereix a la proporció de persones grans o més de 65 sobre el conjunt de 15 a 65 o població activa, incrementa veloçment entre el període 1975-2000 en que s'estabilitza, essent afectat per l'arribada de població jove migrant a Catalunya, i a partir

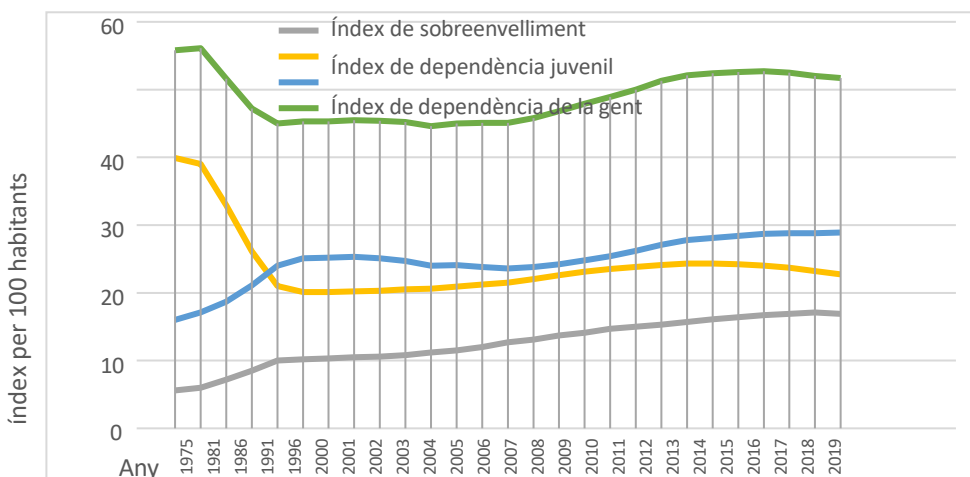
de les conseqüències de la crisi torna a augmentar. En el cas de Lleida, 29,9%, supera la mitjana catalana (29,1%). L'Índex de dependència global, que ens informa de la proporció de població activa en relació a la població no activa com les persones de menys de 15 anys i les més grans de 65, situa Catalunya com a territori on més de la meitat de la població, el 50,4% estarien mantinguts pel grup de població activa de 15 a 64 anys. En el cas de Lleida (Idescat, 2023), és superior (51,7%).

Gràfic 2.8 Evolució de l'índex de sobreenvelliment a la província de Lleida



Font: Elaboració pròpia a partir d' IDESCAT

Gràfic 2.9 Evolució índex sobreenvelliment, dependència juvenil i gent gran a Catalunya



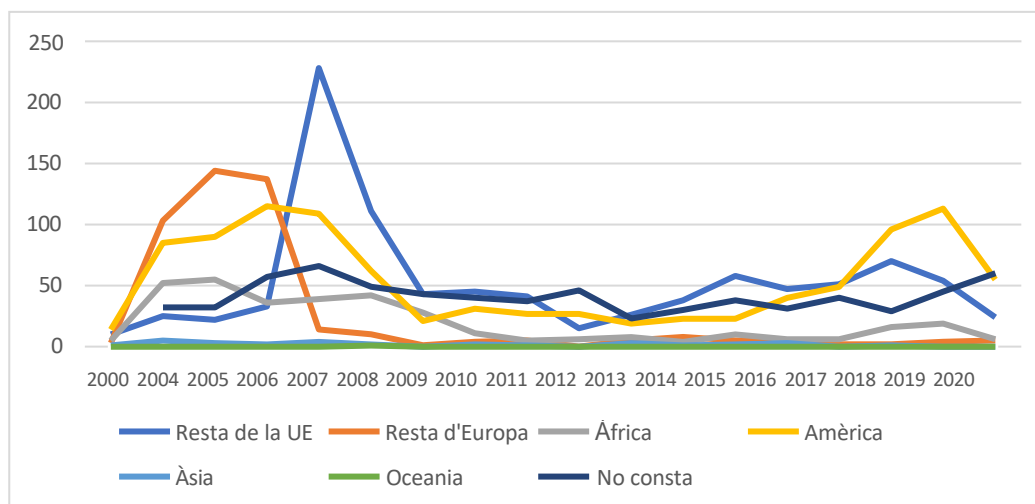
Font: Elaboració pròpia a partir d' IDESCAT (2021)

2.1.2.3 Dinàmiques demogràfiques a les comarques lleidatanes: l'Alt Pirineu i Aran

Durant els darreres tres dècades, les comarques situades a l'Alt Pirineu i Aran mostren dinàmiques diferenciades. En primer lloc, en general, la corba de mortalitat o nombre de defuncions cada mil habitants es modera amb el boom migratori a totes les comarques, i augmenta amb fluctuacions a partir de 2011-12 fins l'actualitat. La natalitat és sensible al fenomen migratori però sempre se situa per sota de la mitjana catalana.

Destaca el baix índex de mortalitat de l'Aran²⁷ que arriba als nivells més baixos de Catalunya. La població passa a doblar-se en aquests anys, essent 5.804 (1981) a 10.038 (2020). Es tracta d'una comarca rejuvenida gràcies a la terciarització del territori, amb una estructura laboral de feines de temporada i l'arribada del boom migratori, que dispara la natalitat fins el 2007-08 i després aquesta fa un descens però continua creixent fins el 2009, punt d'inflexió igual que en el cas de la mitjana de la natalitat catalana, i es perd població però s'observa un augment d'immigració a partir de 2016-17 que provoca la recuperació de població.

Gràfic 2.10 Migracions externes Aran 2000-20

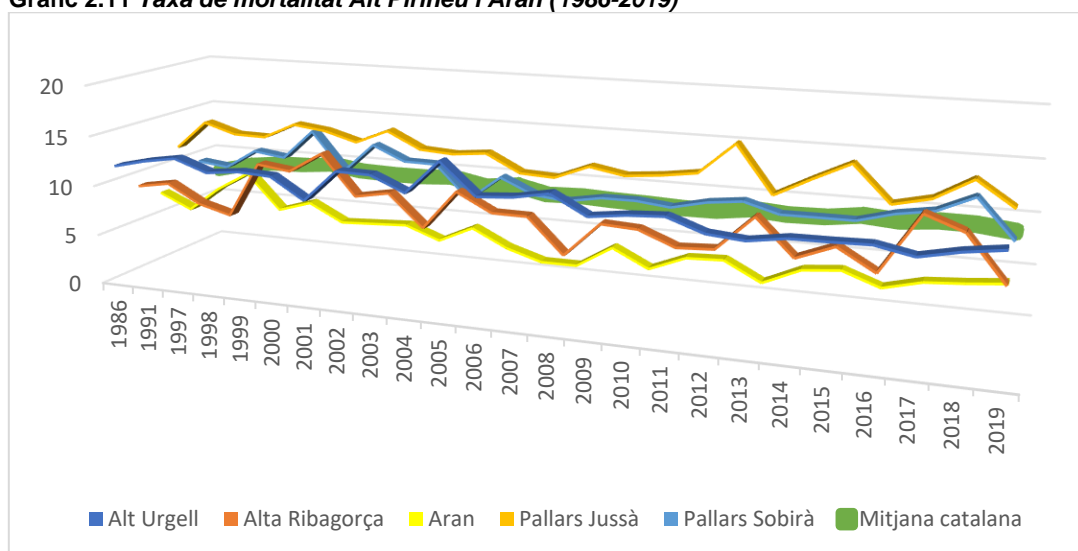


Font: Elaboració pròpia a partir IDESCAT (2021)

²⁷ La realitat geogràfica, històrica, cultural i econòmica d'Era Val d'Aran conserva trets distintius, no equiparables a la resta de les comarques lleidatanes. A nivell econòmic, viu plenament del sector serveis, turisme de neu i de natura. A nivell social, la composició de la població contempla una diversitat major, pel que fa a origen de les persones nouvingudes, relació històrica i geogràfica amb França, llengua vehicular pròpia, organització i institucions pròpies, juntament amb l'aïllament històric que ha viscut fins fa setanta anys en que es construí el primer túnel de Vielha, que comunicà el territori amb la resta de Catalunya. Històricament i culturalment, la Val d'Aran s'assimilava a França, com a territori situat a la cara nord del Pirineu o vessant atlàntica, i ha lluitat per mantenir la integritat de la cultura occitana-gascona (aranesa) tot i la diversitat cultural que integra la seva població.

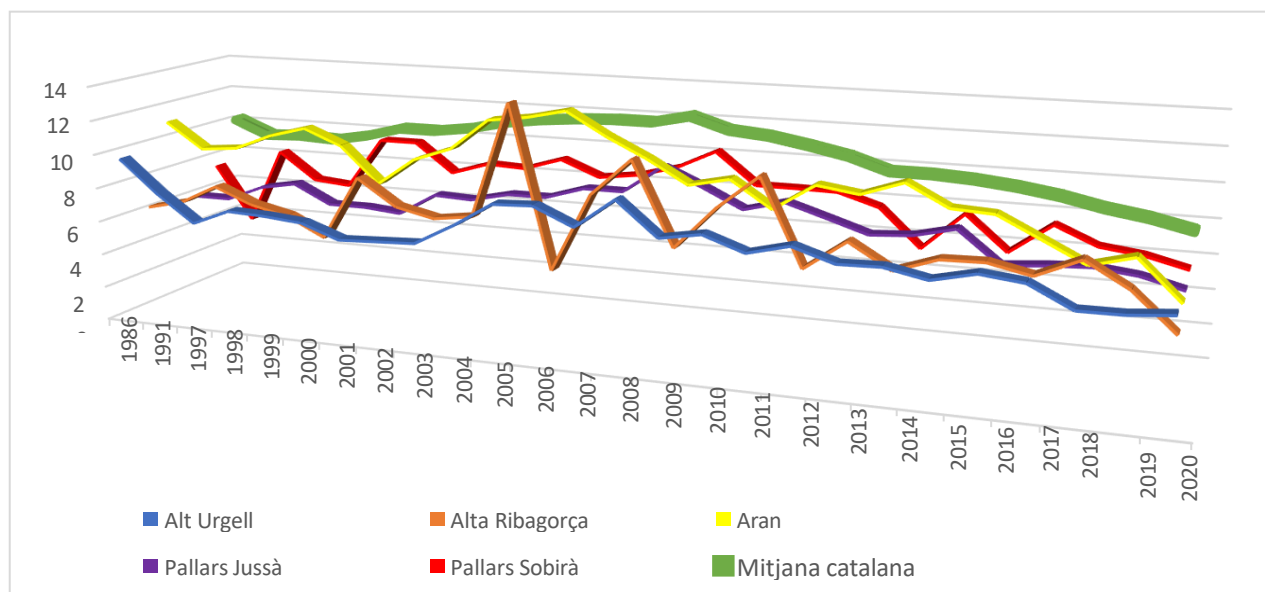
Com a fenomen invers, la taxa de mortalitat del Pallars Jussà i Pallars Sobirà se situa per sobre de la mitjana catalana amb una natalitat sensible al fet migratori però amb ascens moderat. El Pallars Jussà no creix en població durant aquest període, més aviat en perd, si tenia 14.226 habitants el 1981, el 2001 en tenia 12.100, recupera població fins el 2011 (14.243), i en torna a perdre. Actualment la comarca aplega 13.137 habitants (2022). El Pallars Sobirà creix de 5.455 habitants (1981) a 7.537(2010) i després perd població. Durant els darrers anys torna a créixer i el 2022 compta amb 7.190 habitants.

Gràfic 2.11 Taxa de mortalitat Alt Pirineu i Aran (1986-2019)



Font: Elaboració pròpia a partir d'IDESCAT (2021)

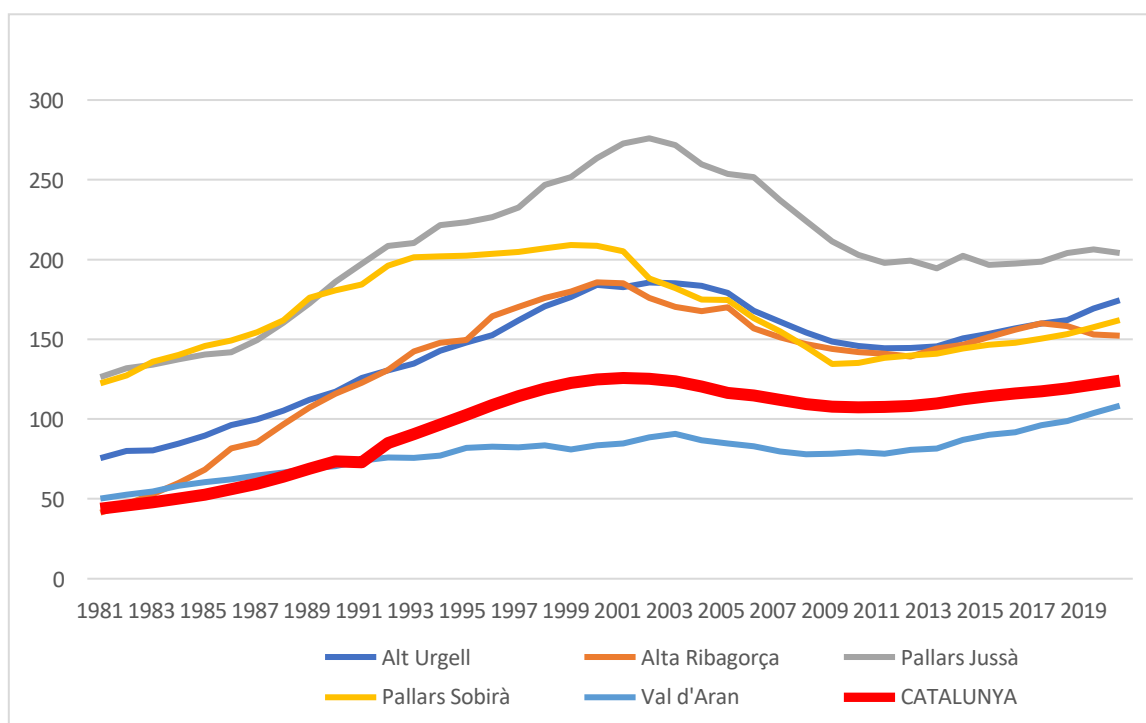
Gràfic 2.12 Natalitat comarques Alt Pirineu i Aran (1986-2020)



Font: Elaboració pròpia a partir d'IDESCAT (2021)

La comarca amb natalitat més baixa és l'Alt Urgell, amb una mortalitat fluctuant però constant, assimilable a la mitjana catalana. La població era el 19.338 efectius (1981), decau durant la dècada dels vuitanta del segle passat i amb el fet migratori creix fins el 2013, fins arribar a 21.665. El 2022, hi havia 20.237 persones. L'Alt Urgell, amb la seva proximitat d'Andorra, presenta també trets específics que condicionen el mercat de treball i les dinàmiques demogràfiques, moviments de població o migracions. Totes les comarques de l'Alt Pirineu i Aran tenen una natalitat molt per sota de la mitjana catalana, excepte, com s'ha vist a l'Aran, que tot i ser inferior en moments claus convergeix amb la resta de Catalunya³¹.

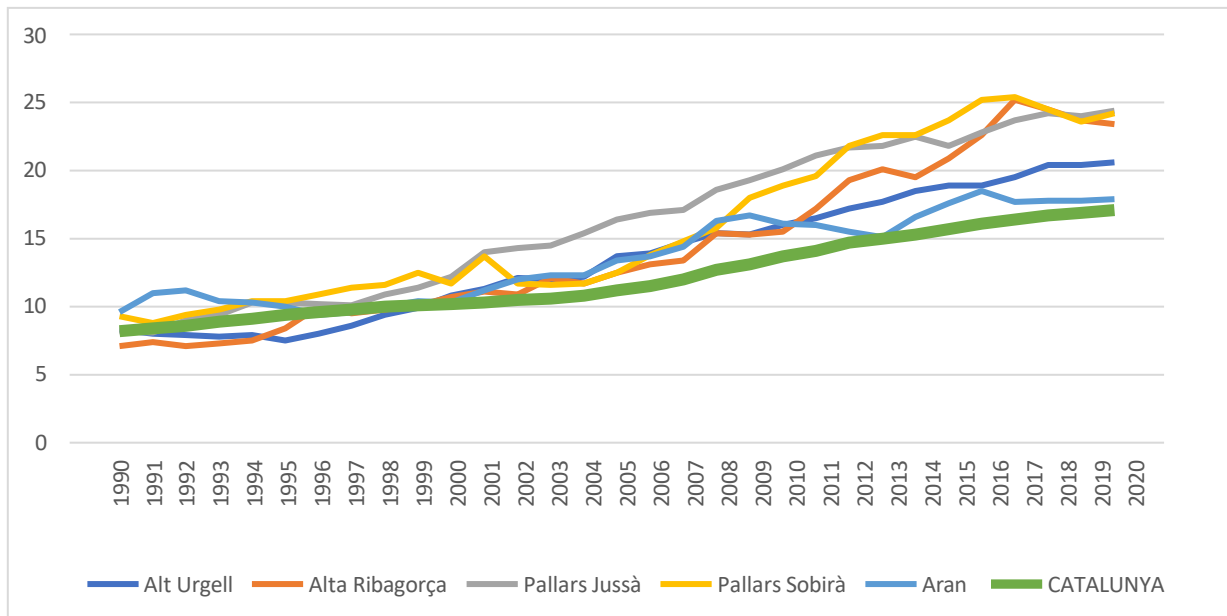
Gràfic 2.13 Evolució índex envelliment Alt Pirineu i Aran



Font: Elaboració pròpia a partir d'IDESCAT (2021)

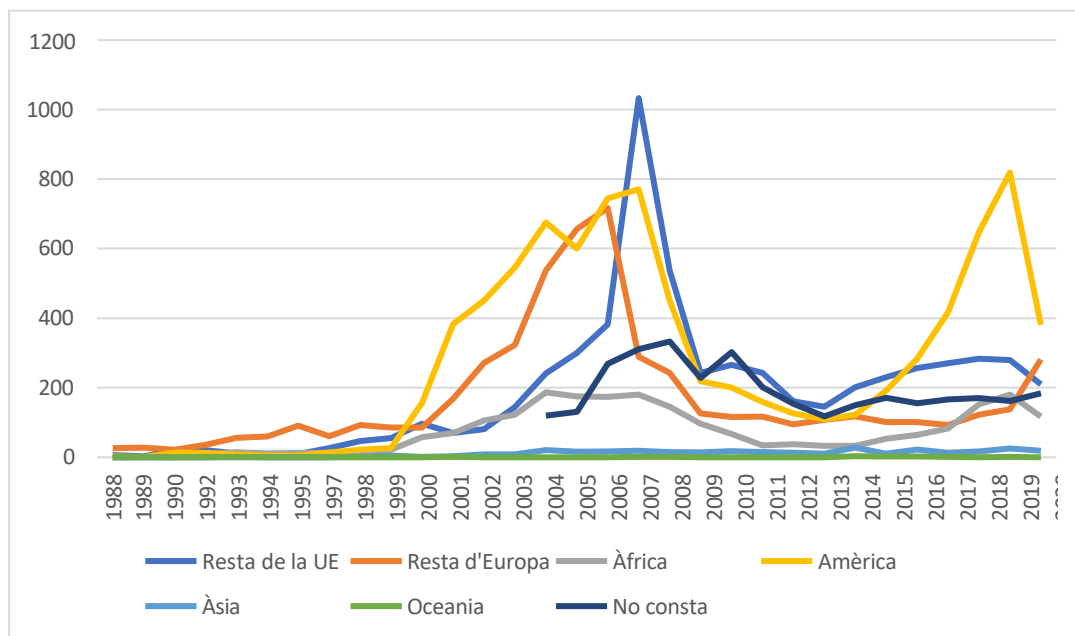
El sobreenvelliment, molt elevat en aquestes comarques, creix de forma més sobtada que la mitjana catalana i es multiplica per tres en els darrers trenta anys, excepte a la Vall d'Aran en que augmenta però també més a prop del ritme mig català. L'índex de sobreenvelliment es dispara d'acord amb el progressiu augment de l'esperança de vida. No depèn doncs, de més factors que del nombre d'efectius grans i la seva supervivència.

Gràfic 2.14 Evolució comparada del sobreenvelliment a l'Alt Pirineu i Aran



Font: Elaboració pròpia a partir d'IDESCAT (2021)

Gràfic 2.15 Moviment migratori extern Alt Pirineu i Aran



Font: Elaboració pròpia a partir d'IDESCAT (2021)

2.1.2.4 Dinàmiques demogràfiques a les comarques lleidatanes: La Plana de Lleida

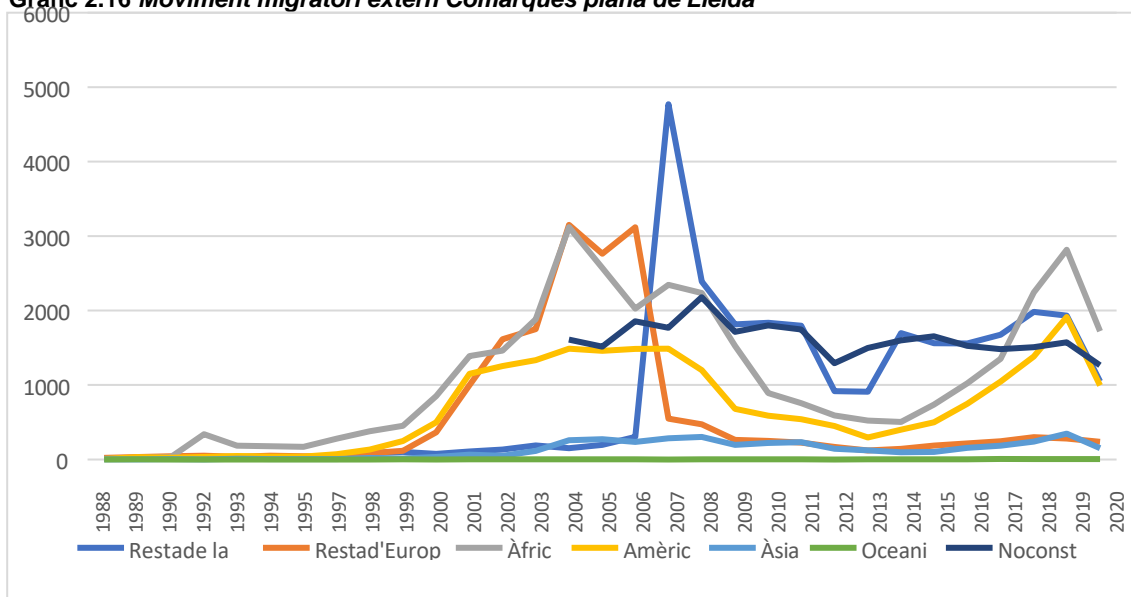
En aquesta recerca, com s'ha comentat en l'anterior capítol, s'opta per agrupar les altres comarques situades a la zona sud del territori lleidatà, tot i la seva diversitat interna. Aquestes són: Les comarques situades a la plana de Lleida situades a la depressió central: **Segrià, Pla d'Urgell i l'Urgell, la Segarra i Les Garrigues** (encara que una part ocupa la serralada prelitoral) i les comarques que contenen una part de plana i muntanya com **La Noguera, el Solsonès**. Aquestes comarques constitueixen el 87% de la població lleidatana, i la comarca del Segrià, amb la ciutat de Lleida constitueix la meitat de la població de la plana lleidatana. El creixement d'aquestes comarques ha estat desigual. A la taula 2.8 es mostra l'evolució poblacional de les comarques. Les que augmenten i mantenen la població són el Segrià, l'Urgell i el Pla d'Urgell. La Segarra guanya població condicionada pel pol d'atracció de treballadors i treballadores d'origen estranger de Bon Àrea (Guissona). En menor grau el Solsonès i la Noguera que tenien un ritme decreixent abans del boom migratori, i han mantingut la població (Veure gràfics 2.23 i 2.24).

Taula 2.5 Població comarques sud província Lleida

	1981	1991	2001	2011	2020
Garrigues	20.495	19.548	18.978	20.136	18.980
Noguera	36.068	34.887	34.595	39.912	38.569
Pla d'Urgell	28.791	28.864	29.458	36.983	37.277
Segarra	17.401	17.080	17.974	23.181	22.820
Segrià	157.163	162.998	164.411	206.245	208.799
Solsonès	10.907	10.864	11.368	13.788	13.742
Urgell	29.876	29.893	30.550	37.193	36.965

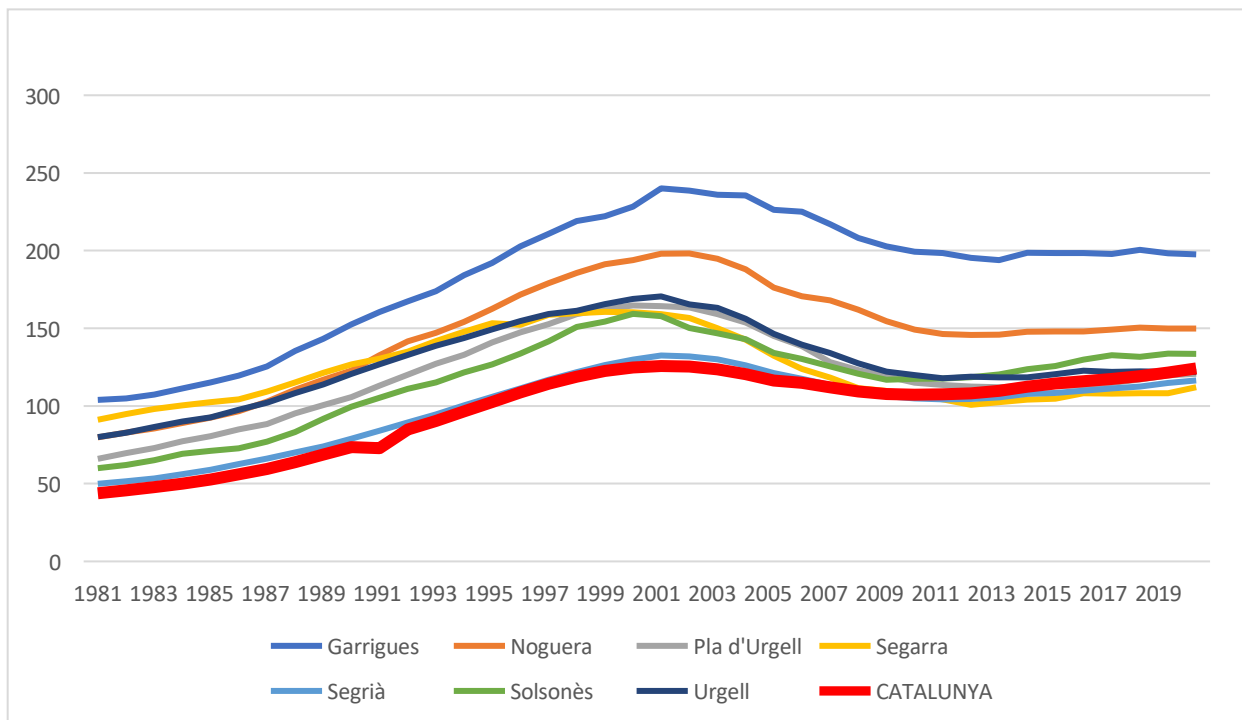
Font: IDESCAT (2021)

Gràfic 2.16 Moviment migratori extern Comarques plana de Lleida



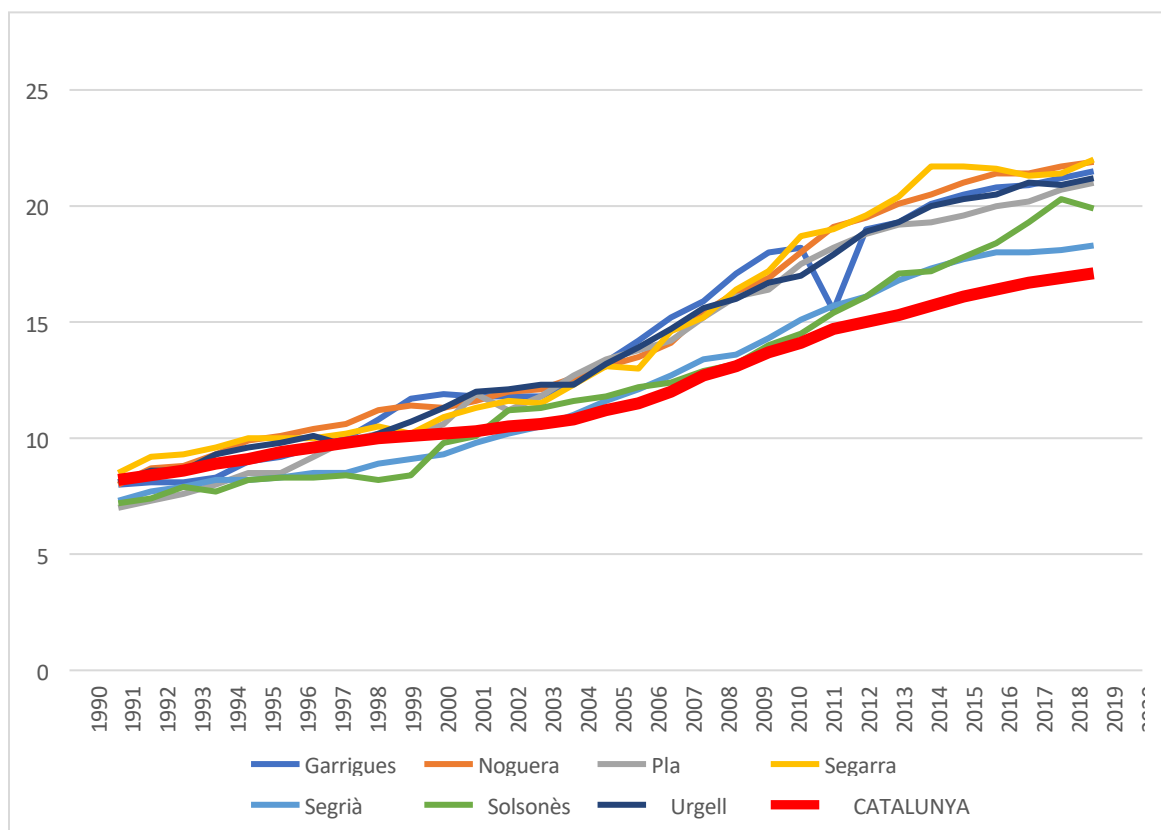
Font: Elaboració pròpia IDESCAT (2021)

Gràfic 2.17 Evolució índex envelliment comarques de la Plana de Lleida



Font: Elaboració pròpia a partir d'IDESCAT (2021)

Gràfic 2.18 Evolució comparada del sobreenvelliment a les comarques de la Plana de Lleida



Font: Elaboració pròpia a partir d'IDESCAT (2021)

2.2 L'espai de la llar. Transformació en l'estructura i composició de les llars catalanes: el cas de Lleida.

2.2.1 Radiografia de les llars familiars de principi de segle XXI:

Transformació en l'estructura i composició de les llars catalanes: el cas de les llars lleidatanes.

La llars catalanes²⁸ mostren un dinamisme encarat a un augment progressiu del seu nombre (en quaranta anys s'ha doblat el nombre de total de llars) acompanyat d'una reducció del nombre de membres que hi viuen. La realitat catalana es caracteritza per un augment de la diversitat de llars que inclou noves formes de convivència i de llars els membres de les quals no són família.

Taula 2.6 *Llars catalanes (1981-2020)* (En milers)

Any	Llars sense nucli		Llars amb nucli				TOTAL	
	1 membre o llars unipersonals	2 persones i més (sense vincle familiar)	parella sense fill(s)	parella amb fill(s)	mares soles amb fill(s)	parets soles amb fill(s)		Amb dos nuclis o més
1981	174,7	58,5	353,8	1008,6	92,6	20,6	60,1	1.768,9
1991	262,7	50,8	403,7	1007,2	131,2	26,8	50,4	1.933,0
1996	363,1	54,8	443	989,1	156,1	40,8	50,8	2.097,9
2001	484,6	92,3	519	948,3	177,1	42,3	52,1	2.315,8
2007	541,8	85,8	779,9	1091,1	206,2	36,4	40,7	2.782,3
2011	686,8	100,3	725,7	1059,9	241,3	67,6	62,7	2.944,9
2014	725,8	95,5	729,4	1043,5	241,2	59,3	50,3	2.944,9
2015	736,5	94,8	722,4	1025	252,4	63,2	54,6	2.948,9
2016	735,8	102,6	702,6	1016,4	269,9	66,5	55,8	2.949,7
2017	763,6	97,0	711,1	1035,2	262,1	61,7	49,9	2.980,6
2018	780,8	86,8	719,6	1052,9	250,9	64	49,3	3.004,3
2019	786,6	84,8	723,4	1033,7	255,6	68,5	59,9	3.012,5
2020	788,1	90,1	716,4	1018,7	258,8	69,9	61,1	3.031,4
2021	802,8	86,4	699,8	1002,5	287,1	86,4	76,2	3.041,2

Font: Nombre i tipus de llars catalanes segons els censos 1981, 1991, 2001, 2011. Estadística de població 1996. Enquesta demogràfica 2007. A partir de 2011 dades padronals.

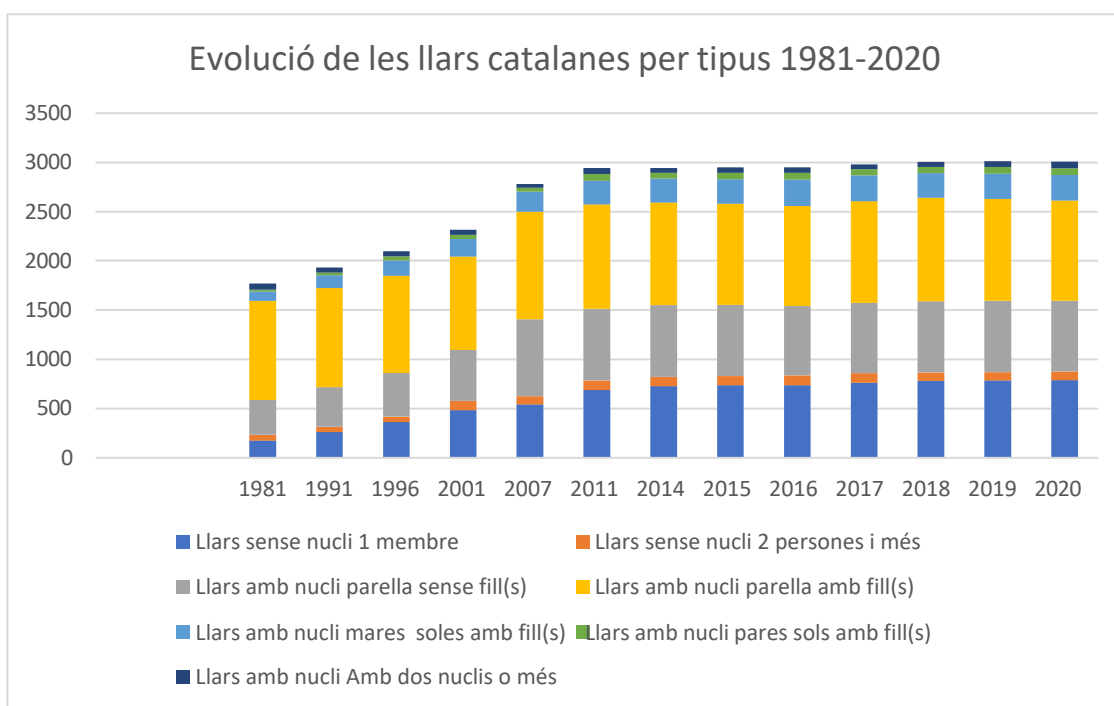
Elaboració pròpia a partir d'IDESCAT

Segons el tipus de nucli, les llars familiars o amb nucli familiar són les més nombroses (Taula 2.9). D'aquestes, *les parelles amb fills o filles* mantenen xifres constants o

²⁸ Les llars sense nucli no es consideren llars familiars pel fet d'estar ocupades per membres que no tenen relació de parentiu entre elles o per ser llars unipersonals o amb un sol membre. Tot i així, veiem necessari incloure-les en la recerca perquè moltes persones grans viuen soles, i, en alguns casos, poden conviure amb persones que sense tenir relacions de parentiu, són les que es fan càrrec de cuidar-les.

fluctuen amb lleu decreixement, però són les predominants. En segon lloc, les *llars unipersonals o sense nucli amb un sol membre*, són les que més creixen, a més de les *llars monomarentals i monoparentals* que augmenten moderadament any rere any. Les *llars formades per parelles soles o parelles sense fills o filles*, també es mantenen, sense augmentar. Finalment, les formades per dos nuclis familiars han anat en descens, però en els darrers anys s'observa un lleu repunt.

Gràfic 2.19 Transformacions de les llars catalanes



Font: Elaboració pròpia a partir d'IDESCAT

Taula 2.7 Evolució llars lleidatanes segons tipus de nuclis (1996-2021)

Any	Llars no familiars o sense nucli		Llars lleidatanes unifamiliars		TOTAL
	Unipersonals	Amb 2 persones o més	Llars amb 1 nucli	2 o més nuclis	
1996	21.926	402	90.875	5.229	98.341
2001	27.519	1.324	90.545	4.445	99.553
2011	41.029	2.082	120.665	3.594	128.070
2019	51.000	5.700	117.100	3.000	176.800
2020	48.700	4.000	118.800	4.000	175.000
2021	46.421	6.262	108.910	4.202	169.763

Font: Elaboració pròpia a partir d'IDESCAT

2.2.1.1 Augmenten les llars unipersonals.

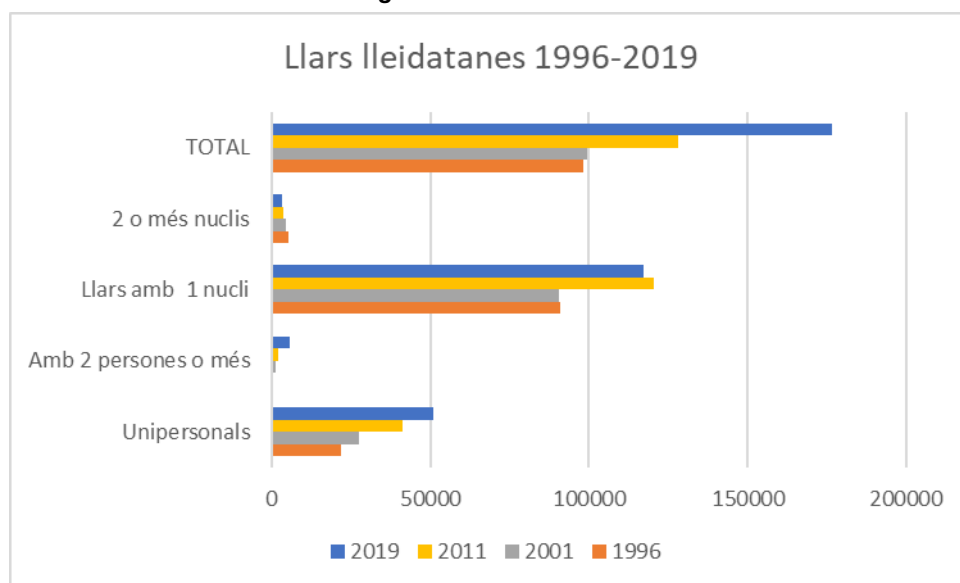
En el cas de Lleida en els darrers trenta anys es triplica el nombre de llars unipersonals i el constitueixen el 2021, el 27,34% del total de les llars. Segons el cens de 1991 hi havia 15.825 llars formades per una sola persona. Segons l'Enquesta contínua de llars el 2020 les llars on hi vivia una sola persona a Lleida eren 48.700. D'aquestes (ECLL,2020), 17.100 estaven formades per persones de 65 anys o més, que equival al 35%. Les llars unipersonals ocupades per dones grans(10.700) eren més nombroses que les ocupades per homes grans (6.400). I les dones de més de 75 anys constituïen el 69% de les llars unipersonals formades per persones grans i una de cada tres llars unipersonals habitades per dones. L'efecte pandèmia ha incidit a partir de 2020 en modificacions en la composició de les llars, per exemple, disminuint el ritme de creixement de les llars unipersonals (el 2019 eren 51000 i el 2021, 46.421), tot i que continuen augmentant en general les llars no familiars o sense nucli en general. Al conjunt català, una de cada quatre llars és una llar unipersonal (26,4%, 2021). Coincideix el fet que la majoria de les llars d'aquest tipus ocupades per dones correspon a dones grans: una de cada quatre té entre 65-79 anys. El 44,2% del total de dones de 80 anys o més viu en una llar unipersonal (IDESCAT, 2020).

2.2.1.2 Augmenten les llars no familiars o sense nucli familiar.

Per altra banda, en el cas de Lleida, les dades apunten a un augment de les llars no familiars o sense nucli on hi viuen membres sense vincles de parentiu. No s'observa aquest augment en el conjunt català, que es manté constant o fluctuant durant els darrers anys.

Els canvis en la composició de les llars obren els ulls a les transformacions que viuen les famílies la major part d'elles, amb una progressiva individualització de les relacions socials, formades per llars d'un nucli sol en detriment de les llars on hi resideixen dos o més nuclis i una evolució cap a nuclis no familiars (augment de les llars no familiars o persones que conviuen sense lligams de parentiu i llars unipersonals).

Gràfic 2.20 Evolució llars lleidatanes segons nucli



Font: Elaboració pròpia a partir d'IDESCAT

2.2.1.3 Tipus i grandària de les llars catalanes.

Taula 2.8 Evolució de la grandària de les llars catalanes (2014-2020) (en milers)

	1 persona	2 persones	3 persones	4 persones	5 persones	6 persones o més	Total
2014	725,8	940,8	610,2	497,4	129,5	41,1	2944,9
2015	736,5	939,8	608,6	496,1	127,8	40	3029,3
2016	735,8	938,3	608,9	497,3	129,7	39,7	3012,5
2017	763,6	940,9	609,2	497,5	133,5	35,8	3004,3
2018	780,8	943,2	609,7	498,4	132	40,2	2980,6
2019	786,6	947,5	606,8	492,9	106,7	72	2949,7
2020	788,1	952,9	607,7	493,1	101,7	85,8	2948,9

Font. ECLL (2023)

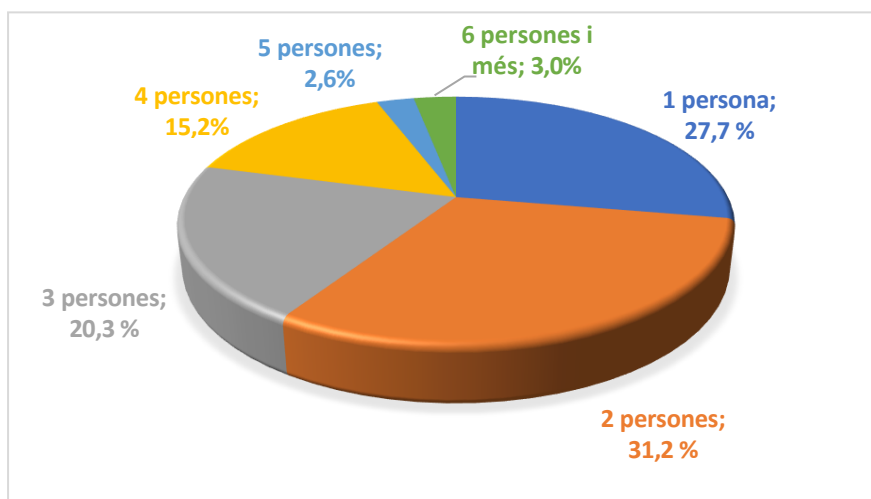
Taula 2.9 Evolució de la grandària de les llars lleidatanes (en milers)

	1 persona	2 persones	3 persones	4 persones	5 persones	6 persones i més	Total
2014	45,2	54,8	36,8	27,2	6,8	2,7	173,4
2015	48,2	55,9	36,5	26,6	7,4	1,6	176,1
2016	48,3	55,3	36,4	26,5	6,8	2,1	175,3
2017	49,8	55,3	36,2	26,5	7	1,7	176,6
2018	51	54,9	35,8	26,6	7	1,8	177,1
2019	51	55	35,5	26,3	5,3	3,7	176,8
2020	48,7	54,8	35,6	26,6	4,6	5,2	175,5

Font: ECLL (2023)

Al igual que a la resta del territori català, el tipus de llar majoritari al territori lleidatà fou el format per dues persones (31,2%), seguit per les llars on hi viu una sola persona o unipersonals (27,7%). En tercer lloc, una cinquena part de lleidatans i lleidatanes viuen en llars amb tres persones (20,3%), en llars amb quatre persones només hi viuen (15%) Les llars ocupades per més de cinc persones suposen només el 5,6%.

Com a trets diferencials, al territori lleidatà entre els anys 2019 i 2020, el nombre de llars ocupades per una o dues persones disminueixen en favor de les llars formades per tres, quatre o sis o més membres. Les llars amb tres membres disminuïen durant els darrers anys però en aquest interval hi ha un canvi que caldrà observar com evolucionen.

Gràfic 2.21 Llars segons nombre de persones a la província de Lleida (2020)

Font: IDESCAT (2021)

La grandària de les llars o nombre de persones que hi viu reafirma de nou el fet que la tendència en la mida de les llars és cada cop més petita. Tant en el conjunt català com

enfocant al cas concret lleidatà, el 2020 quasi sis de cada deu persones (59%) viuen en llars formades per dues o una sola persona.

2.2.2 Les llars lleidatanes com a espai de cura i reproducció social (els vestigis de la tradició pairal). Canvis en els sistemes d'obligacions familiars.

2.2.2.1 Llars i famílies

L'estudi de les llars o l'habitatge difereix de l'estudi de la unitat familiar, és a dir, el concepte llar, fa referència a l'espai habitat, el qual pot ser habitat per una família o per un conjunt de persones que no constitueixen família. Com assenyala Lebrusán Murillo (2019) "la literatura acusa cierta indeterminación o confusión cuando se refiere al ocupante de la vivienda, intercambiando los conceptos familia y hogar y asumiéndolos como sinónimos. Finalmente, es la familia la que se asume como (único) ocupante legítimo de la vivienda".

Com s'ha vist en apartats anteriors, els censos ens informen sobre les llars familiars i les llars no familiars. Aquestes últimes són les que actualment observen més canvis, i aquest fet és significatiu per a l'objecte d'estudi d'aquesta recerca. Augmenten les llars unipersonals, les llars multipersonals (que no són família) així com la convivència de famílies amb persones no emparentades. Les llars sense nucli familiar han augmentat un 3,5% des de 1991 (Lebrusán Murillo, 2019). Segons l'autora, inicialment l'estudi dels habitatges es duia a terme sense tenir en compte qui els ocupava. Posteriorment, quan es va tenir en compte les persones ocupants dels habitatges es va fer assimilant-les directament al terme família. Lebrusán Murillo adverteix que han canviat tant els models de família que donar més importància a la família que al concepte de llar-habitatge -unitat de convivència-, englobaria tota la diversitat.

La recerca presenta a continuació, la descripció de la organització de les llars tradicionals al món rural lleidatà vinculades al món agrari, formades per famílies extenses i sovint, membres que no formaven part de la família, com podrien ser dels mossos i altres, amb l'objectiu d'aprofundir en el tipus de vincles familiars que han perdurat durant segles al món rural, els vestigis dels quals encara duren avui, encara que sigui en alguns indrets, en l'imaginari col·lectiu. Finalment, es mostra el procés d'individualització de la vida que afecta a la reestructuració i a la formació de noves unitats de convivència, en forma de llars molt diverses, en que les famílies no conviuen juntes sinó que viuen atomitzades en múltiples espais de convivència, fet que condiciona canvis profunds en el sistema d'obligacions familiars i en l'assumpció de responsabilitats

o respostes davant la cura dels seus membre

2.2.2.2 Llars tradicionals lleidatanes: la família pairal

En relació a l'estudi del parentiu i la família tradicional catalana o família pairal existeix àmplia literatura antropològica, per exemple, Ferran Estrada i Bonell, que estudia el matrimoni, la pagesia i masoveria del Pla d'Urgell; Oriol Beltrán i Ismael Vaccaro, centrats en els sistema comunal de gestió dels boscos pirinencs, la Vall d'Aran i el Pallars Sobirà. L'etnògraf Joan Frigolé, sobre la producció cultural a l'Alt Urgell. Camila del Marmol i Xavier Roigé (canvis en la família, divorci i noves relacions de parentiu, museística com a conservació del patrimoni cultural i etnològic), Mireia Guil Egea, posant en valor el patrimoni immaterial que es refereix "als usos, les pràctiques, les representacions, les expressions, els coneixements i les tècniques, juntament amb els instruments, els objectes, artefactes i els espais culturals que els són inherents com a integrants del seu patrimoni cultural." (UNESCO,2003)

L'adjectiu pairal, prové de l'occità "paire" que vol dir pare. L'anomenat pairalisme català, o forma d'organització tradicional de la família catalana, constituïa un sistema d'herència indivisa- els costums d'herència van lligats a la transmissió de la casa i de la major part del patrimoni (Pelegrí i Aixut, 2004).

L'Hereu, especialment vinculat a la casa, dipositari dels seus valors, salvaguarda de llurs interessos, usufructuari envers la propera generació, adquirirà com a tal, uns drets i uns deures; unes atribucions i unes responsabilitats. Certament, gaudirà d'una posició preeminent en tots els ordres, dins l'àmbit familiar i respecte als altres membres estants de la casa; tanmateix, haurà de subjectar-se a la submissió dels pares mentre visquin o no renunciïn a llur superior potestat, i en el conhort d'haver d'assumir l'encàrrec del compliment dels compromisos i obligacions per elles designats.(Navarro i Esteve,1987:2)

En el sistema agrari català, aquesta transmissió consistia en "donar prioritat als mascles", on l'hereu heretava la major part del patrimoni familiar i passava a ser el Cap de Casa - excepte la "legítima" que constituïa des de la-Constitució de 1585 de les Corts de Montsó- una quarta part de la hisenda dividida entre els germans de l'hereu a parts iguals. Aquest era el sistema instituït a Catalunya des de l'edat mitjana. El procés d'institucionalització de la figura de l'hereu "vingué condicionat per la necessitat dels senyors feudals d'assegurar-se la fixació de la mà d'obra al mas i per tant assegurar d'aquesta manera la continuïtat de l'explotació i la percepció de la renda" (To,1993; Saguer,2005)

La presidència i representativitat del pairalisme correspon en la persona del "Cap de Casa" en llur doble vessant de cap de família, o sia "dinàstic",

i de cap d'Hisenda o cap d'Estat. Investit de la màxima autoritat, serà tanmateix director, educador, administrador, tasques i responsabilitats que compartirà amb l'esposa, l'anomenada "Mestressa de casa". L'adient compenetració i compartiment d'objectius entre tots dos consorts(..) sia quin sia d'ells el propietari natural de la Pairalia, haurà de ser condició fonamental per al bon funcionament de la institució familiar. En tot cas, ambdós esposos es nomenaran usufructuaris, així com "hereus de confiança" investits d'amplis poders en cas d'una mort o successió imprevista, en l'entesa de preservar els pactes prèviament establerts. (Navarro i Esteve, 1985:154)

Al cap de casa i la mestressa, els seguiran la figura de l'Hereu i/o la pubilla:

Amb el binomi cap-Mestressa tot seguit apareixerà la figura carismàtica de l'Hereu o -la pubilla-, especialment assignada i paulatinament vinculada i associada a les tasques de govern(...) especialment subjecta a les directrius paternes, haurà en el seu dia, per mort o renúncia dels Progenitors, d'assumir el càrrec pairal, servir llurs preceptes, complir obligacions i consolidar l'linatge. (Navarro i Esteve, 1985:154)

La figura de l'hereu "gaudirà d'una posició preeminent en tots els ordres, dins l'àmbit familiar i respecte als altres membres estendants de la casa; tanmateix, haurà de subjectar-se a la submissió dels pares mentre visquin o no renunciïn a llur superior potestat, i en el conhort d'haver d'assumir l'encàrrec del compliment dels compromisos i obligacions per ells designats" (Navarro i Esteve, 1987). L'hereu, mentre tenia els pares en vida, havia d'obeir-los. La figura de la pubilla:

La seva elevació al soli de la Pairalia haurà estat propiciada per la manca, fallida o renúncia del baró, del que d'una manera o una altra haurà ostentat tan sols una hipotètica suplència. i fins i tot, que el naixement tarda d'un germà mascle hauria pogut alterar la trajectòria de la seva vida. En dona advertència el refrany: "Mare vella que te un fill, la Pubilla posa en perill". Són prou coneguts els versos que ho retreuen: ("-I doncs, filla meva/ que ha fet, l'hereuet/ que diu que t'ha tret/ de caseta teva?. (Navarro i Esteve, 1987: 6)

La muller de l'hereu, la nora o la jove, passava a viure a casa d'aquest i ocupava un lloc subordinat en la família, sotmesa a la sogra, tenia l'obligació d'obeir-la, i de cuidar sogre i sogra fins a la seva mort. "L'esposa de l'hereu- marit de la pubilla , n'hem fet esment més amunt guarda similitud en el fet institucional- serà anomenada la Nora» de la casa, i gairebé a l'ensem, d'una faisó més acurada «la Mestressa jove i més endavant, «la mestressa de la casa" (Navarro i Esteve, 1987: 7).

De treballs, no li'n mancaran a la nora. **Haurà de prendre cura d'uns altres vells amb preferència als seus;** de cohabitar amb altres persones fins aleshores estranyes; de gestar, parir i criar una nova generació. I tot conhortant amb el seu ànim l'esforç les tasques del marit, anar prenent a poc a poc l'alternativa que la menarà a mestressa responsable. La traça de la «nora-mestressa influirà en bona mesura a la marxa de la Casa; aquella casa on va entrar, anys enllà, possiblement molt jove, espantadissa, tot i amb l'abundós plec d'ensenyaments i consells maternals i paternal, feta un embolic sensorial d'il·lusions, d'inquietuds i d'incerteses. (Navarro i Esteve, 1987:7)

El codi consuetudinari es recollia en els capitulacions matrimonials²⁹ o capítols “veritable carta magna estructural que, en ocasió de pactar-se els matrimonis, s'establiran les clàusules adients per a la regulació i governació de la Casa-Estat” (Navarro i Esteve, 1985). Els capítols matrimonials es generalitzaren a partir de la primera dècada del s.XVII i tenien com a finalitat buscar la continuïtat del patrimoni i la previsió de la successió. La successió es preveia en els testaments:

El testament, que per Dret especial català podrà ésser atorgat davant el Rector de la parròquia -o d'un prevere delegat per ell- a manca o absència de notari. El lliure exercici de disposar les darreres voluntats és contemplat com un dret inalienable de qualsevol membre de la família en edat hàbil. El Testament -de caràcter revocable- no alterarà en substància els pactes establerts i jurats als Capítols, però si tindrà funcions de substituir-los, en els casos que aquests manquin, i en tot cas, complementar-los. (Navarro i Esteve, 1985:155)

Els testaments es convertiren en un instrument auxiliar, on es reforçava el pactat en els capítols matrimonials amb clàusules per evitar la disgregació o alienació patrimonial –les vinculacions– i amb l'obligació de fer inventari post mortem (que per a la dona vídua ja havia disposat la cort de Perpinyà de 1351 i va refermar la cort de Barcelona de 1564), la institució de l'hereu tenia també el mateix objectiu de preservació de la integritat del patrimoni. (Saguer,2005).

A la família pairal, els fills i les filles que no són hereus- fill mascle més gran de la família- anomenats *cabalers* o *fadrísters*, rebien una quantitat de diners, i, en les famílies més adinerades, sovint hi havia cabalers que esdevenien religiosos, o els donaven estudis (medicina, dret i altres), fet que donava prestigi a la família.

Important consideració mereixen els altres fills i filles nats al si familiar de cada generació, brots vigorosos de la tronca pairal oberts a la pluralitat del destí, i que hom anomena “fadrins externs” o cabalers, a altres contrades. Els uns, assoliran estudis o coneixements que els menaran a diverses esferes socials, artístiques o intel·lectuals, uns segons passaran en matrimoni a enfortir llaços a altres tantes llars i dinasties rurals. Uns tercers, encetaran noves aliances amb les quals crearan esqueixos que esdevindran altres arbres, noves Cases Pairals, pageses, artesanals o ramaderes. (Navarro i Esteve, 1985:154)

2.2.2.3 Pèrdua del pes de la família pairal tradicional

A finals del segle XIX, s'inicia un procés de declivi del tipus d'organització familiar tradicional centrada en el patrimoni agrari familiar, i es comença a qüestionar la pràctica successòria de l'hereu (Saguer,2005).

A començaments del segle XX la compra de masos ja no semblava un negoci atractiu per a la gent adinerada. És molt possible que la crisi del sistema hereditari fos conseqüència d'aquest procés de decadència de la importància dels masos. Però aquest

²⁹ Com a referència es pot consultar: “Els capítols matrimonials de la comarca de Guissona (Catalunya segriana) 1907 de Josep Faust Condomines

procés de desaparició dels hisendats com a grup social dominant va ser, sens dubte, un procés lent. A començaments del segle XX encara eren ells els que enlluernaven els pagesos del lloc amb els primers automòbils de la regió quan els visitaven els caps de setmana o els estius. També és cert que molts d'aquests senyors ja no es limitaven a viure de les rendes i havien d'exercir com a advocats o com a notaris en bufets de les ciutats. (Saguer,2005:57)

Tot i la baixa natalitat pròpia del sistema de reproducció català de principis de segle XX (Cabré, 1999), això és, la reducció del nombre de fills-es que afecta en el fet de perillar la transmissió del patrimoni, titulars de dobles herències o concentració de dos patrimonis en una mateixa família, segons la recerca duta a terme per Saguer(2005) aquest fet alleugeriria el pes dels deutes o llegítimes als germans.

Segons Cabré (1999):

El que sí que és particular, a Catalunya, és la precocitat de la disminució de la fecunditat rural, (...) que sembla que guardi poca relació amb l'existència d'una indústria local” La mobilitat geogràfica de fadristerns, a Barcelona o a Amèrica, restava en canvi recursos humans i econòmics (la dot i llegítimes) sense oferir contrapartida equivalent, i els dubtes respecte del futur de l'activitat agrària, actuaven a favor de les tendències disgregadores del patrimoni (...) els fadristerns es convertiren llavors en enemics objectius d'una propietat que contribuïen en descapitalitzar amb les seves legítimes exigències i això generava una eclosió de conflictes al segle XIX i a principi del XX. (Cabré, 1999:213).

Durant el segle XX, l'augment d'esperança de vida i supervivència de fills i filles, la progressiva salarització de fills i filles, la mecanització i la conseqüent pèrdua de pes del sector agrari, incideixen en els problemes de relleu generacional del treball centrat en la terra i en el camp:

La reducció del nombre de fills pot haver alleugerit el pes dels deutes llegítimis assumits pels hereus. Alguns dels entrevistats deixen entendre que el pagament de llegítimes no va ser un problema perquè només van haver de pagar-les a un germà o a una germana. Però com veurem més endavant, el nombre baix de fills no ha impedit que molts altres considerin el pagament de les llegítimes com un problema important per a la continuïtat del patrimoni. El nombre baix de fills pot plantejar, en darrer lloc, un altre tipus de problemes. L'alegria i satisfacció amb què alguns entrevistats expliquen que un dels seus fills —no necessàriament el gran— ha demostrat sentir afició per les coses del camp i de la terra contrasta amb la preocupació mostrada per alguns altres, quan es pregunten quin dels seus fills voldrà assumir les tasques d'administració i gestió del patrimoni en el futur. (Saguer,2005:71)

L'evolució dels capítols matrimonials i la seva escripturació durant el segle XX és un indicador del declivi del paper com a instrument successori de la institució tradicional de la família pairal: a Catalunya, si durant la dècada de 1921-30 es van escripturar 21.700 capítols, el 1961-70, 6.478 i el 1971-80, 4.738 (Barrera,1990;Saguer,2005). Les estratègies matrimonials de les cases pairals, que havien estat tradicionalment endogàmiques, comencen a canviar durant el segle XX.

El sistema matrimonial català és generalment definit com a homogàmic i deu ser-ho a terme mitjà. Ara bé, aquesta mitjana resulta en general d'amitjanar un hereu i cabalers que no se solien casar igual: els hereus (homes o dones) es casaven amb cabalers (dones o homes) procedents de nivells lleugerament superiors al seu. Així, la mobilitat dels cabalers era sistemàticament, descendent. Tenint en compte que la majoria d'hereus són homes, això implica una mobilitat matrimonial descendent per a les dones, com a norma, cosa que no sols és relativament inhabitual, sinó gairebé excepcional en un sistema patrilocal com el català. (Cabré, 1999:215)

Durant els darrers setanta anys el món rural ha viscut grans transformacions : “la màquina ha desplaçat l’home, el capital el treball i l’estiuejant al pagès”(Saguer,2005:56). Aquests canvis, han afectat a l’estructura i règim de les relacions que sustentaven el món rural. “No només s’ha perdut població, també s’han modificat les formes d’explotació i tinença i han entrat en decadència les institucions que regulaven la casa i la família” (Saguer,2005:56).

2.2.2.4 Les dones dins del sistema pairal

Les dones del segles XVII i XVIII, “a l’hora de testar, delegaven la responsabilitat dels seus llegats als hereus i marmessors , sense deixar cap rastre personal” (Guillén,1989). El testador, amo de la casa, deixava la propietat a l’hereu, i “dotava les dones amb prodigalitat, sempre que retornés tot al llinatge si morien sense fills, sols amb dret de disposar d’una minsa quantitat a disposar lliurement” (Guillén,1989), les dones tenien el dret de ser mantingudes a la casa pairal, i en el cas de les cases benestants “disposaven d’una part de la dot, destinada a funerals i cerimònies per l’ànima”.

En el cas de les ‘cases-llinatge importants’, “l’accés al poder efectiu sols es donava quan li corresponia assolir responsabilitats de mestressa hereva o de vídua, “jove usufructuària”(Guillén,1989). El sistema pairal atribuïa preferència clara als mascles envers les femelles. El paper de la dona era però, en casos de mort de l’hereu o manca de fills barons, de substituta que rellevava una funció “preferentment masculina”. Les pubilles no ocupaven el mateix lloc que els hereus. Les dones però, “no patien cap discriminació, heretaven aixovars de robes de gran vàlua, juntament amb la dot convinguda, si morien sense fills” (Guillén, 1989).

En el cas de les dones de les ‘cases mitjanes’ “era comú que es fes l’esforç de dotar-les el millor possible, com a tàctica per aconseguir un matrimoni avantatjós”, i el dot, acostumava a ser tant alt, que havia de ser rebut a llargs terminis. És significatiu que les

filles, en aquestes cases, rebien un llegat superior als cabalers, amb la finalitat de fer un bon casament. “La diferència entre els llegats atorgats a les filles i als cabalers era molt pregona, així: 10ll, per als cabalers i 100 ll. per a les filles” (Guillén, 1989: 26)

Per altra banda, sovint les dones de cases de nivell superior es casaven amb homes d'aquest estrat-cases mitjanes-, “per a aconseguir unes xarxes familiar que fossin consistents en moments de crisi”.

El paper de la dona restava subordinat al llinatge familiar, a la col·lectivitat i al grup, fos quin fos l'estrat social que ocupaven: “L'individu es diluïa dins dels conjunts familiars, i el grup era primer. Els desigs i afanys de cada membre no comptaven”(Guillén,1989).

Fadrina a l'esguard d'un bon pacte d'esposalles, Pubilla o Jove de casa més o menys bona; Vídua usufructuària amb tots els drets de mestressa, atrafegada a deturar la davallada de la casa per manca d'hereu; Padrina amb prou talent i saviesa per conduir junt amb l'hereu, la hisenda i els membres acollits encara a la casa pairal.(Guillén,1989:30)

La família pairal perd pes durant el segle XX però roman encara l'escenari de fons d'un model cultural profundament desigual que ha condicionat històricament el paper de la dona a la llar. La submissió de la dona a la figura de l'hereu dins l'estructura pairal canviaria durant aquest període, però als anys quaranta del segle XX, institucions com l'església imposaven o proposaven un model femení de dona, l'objectiu de la qual era “la maternitat”.

Hacen falta mujeres, en todo el buen sentido de la palabra, que sepan comprender todo el altísimo significado que encierra la misión de madre: coronación sublime del destino de la mujer en este mundo. (Fulls dominicals, 17 agost 1947, Bisbat de la Seu d'Urgell, Guillén, 1989:41)

En paral·lel, fins els anys seixanta del passat segle, el missatge moralitzant provinent de l'església com a “ideologia dominant” encarat a les dones, era el del seu paper subordinat al marit, amb una actitud benèvola sota la potenciació d'estereotips de gènere altament diferenciadors: “El hombre, inteligente de la familia, la mujer el suave y armonioso conjunto de los más puros y bellos sentimientos” (Full dominical, 1955, Guillén, 1989). Les dones interioritzaren el paper de víctima i el fet que havien vingut al món per a “patir”: “les dones hem nascut per patir” (Guillén, 1989:44,).

Les dones de la postguerra han estat les mares del Baby-Boom, generació de finals dels anys cinquanta-seixanta i principis dels setanta on la fecunditat augmentà en les llars familiars, així doncs, el seu missatge encara està interioritzat en el procés de socialització de les generacions “boomers” actuals.

2.2.2.5 Individualització de la família

En consonància amb la teoria de la segona transició demogràfica i d'acord amb noves formes *d'individualització* (Beck,2001) dels estils de vida i de les institucions en les relacions humanes i productives, la família, com a entitat viva, projecta i reflecteix aquests canvis optant per segmentar de forma progressiva els seus espais de convivència, en estreta relació a noves concepcions sobre el significat de la intimitat, l'afectivitat i el sistema d'obligacions familiars. La individualització significa "la desintegració de formes socials anteriorment existents, com per exemple, la fragilitat de les categories de classe, estatus social, rols de gènere, família, veïnatge, i per altra part, significa el col·lapse de biografies normals, marcs de referència i models o rols sancionats per l'Estat" (Beck,2001).

Hom "naixia per a" la societat tradicional i les seves imposicions, com l'Estat social i la religió. Pels avantatges socials moderns, en canvi, més que "néixer", hem de fer alguna cosa, fer un esforç actiu. Hem de guanyar, hem de saber autoafirmar-nos en la competència per uns recursos limitats, i això no d'una vegada per totes, sinó cada dia. Beck (2001:40).

A mesura que s'individualitzen les relacions socials en el món rural i el sector agrari perd pes, augmenten la mobilitat residencial i laboral i la família pairal lleidatana transita cap a models familiars moderns i postmoderns. Això es tradueix en les estructures familiars, en la tipologia de les llars i en les formes de solidaritat i reciprocitat internes. "La individualització significa que la identitat humana deixa de ser una dada per a convertir-se en una tasca i en carregar sobre els actors individuals la responsabilitat d'aquesta tasca i de les conseqüències de les seves accions" (Bauman, 2001).

Beck-Gernsheim, en el seu article *On the way to a Post Familial Family: from a Community of Need to a Elective Affinities* (1998) mostra els trets del recorregut històric de la família occidental.

Taula 2.10 Canvis en la família occidental segons Beck-Gernsheim (1998)

Període i context	Trets
Societats preindustrials	<p>Família = unitat productiva: Comunitat Relació centrada en la feina i l'economia.</p> <p>Homes, dones, adults i infants tenen el seu lloc assignat.</p> <p>Coordinació activitats familiars per a fer funcionar la hisenda o patrimoni familiar. Compten els objectius i metes comuns, no els individuals.</p> <p>És una comunitat de necessitat mantinguda per una relació de solidaritat. Els membres no estan units per amor o afecte.</p> <p>Alta dependència dels seus membres</p>
Societats industrials: 1760- finals s.XIX	<p>La família perd la seva funció d'unitat laboral i econòmica i inicia una nova relació amb el mercat de treball.</p> <p>Els homes són els primers en llançar-se al mercat retribuït o assalariat fora de casa. El rendiment a la feina atorga importància a la persona individual en front la comunitat.</p> <p>Les dones es queden a casa i amb els fills es crea una nova configuració de l'espai privat.</p> <p>La dona esdevé dependent del sou o salari del marit. Ell necessita del treball quotidià i de l'atenció de l'esposa per a rendir a la feina.</p> <p>Segregació de la unitat conjugal: unitat privado-domèstica.</p>
Individualització de la família. Fin. S.XIX i XX	<p>S'implanta l'Estat de Benestar, la Seguretat Social. Impuls lògica disseny individual de la vida.</p> <p>Les dones es distancien de la família estudiant i treballant fora de casa i se'ls obre autonomia i autosuficiència. La dona s'individualitza deixant de ser un apèndix de la família. El poder del marit es redueix. La dona ja no s'orienta al matrimoni com a camí d'accés a la seguretat econòmica i l'estatus social.</p>
Societat postindustrial. Finals s.XX- XXI	<p>L'organització de la vida privada exigeix càlcul i racionalitat.</p> <p>Cada membre de la família té els seus plans i deures i cal coordinar-ho.</p> <p>Dilema entre responsabilitats compartides, tasques de cura i tasques domèstiques. Relacions heterogènies, multiculturals, lliure elecció de la parella sense models ni orientacions.</p> <p>Augment de divorcis i separacions. Noves constel·lacions familiars. La persona individual defineix subjectivament "la família".</p> <p>El vincle familiar, després del divorci s'escull per afinitats electives.</p>
Família post-familiar. S.XXI	<p>Vincles fins i fràgils.</p> <p>Disminueixen les obligacions familiars al mateix temps que el nombre de parents canvia i s'eixampla.</p> <p>Cal més esforç per a unir diferents biografies</p> <p>Podem viure en parella o família però la permanència i el sistema d'obligacions canvia i la família tradicional perd el monopoli que tenia.</p> <p>Reconeixement progressiu dels drets de les dones en un context d'emergència climàtica i crisi de sostenibilitat.</p>

Font: Beck-Gernsheim (1998)

Diversos autors coincideixen a destacar la crisi de legitimitat del patriarcat com a un dels canvis claus que defineixen els nous models d'organització familiar: aquestes famílies han estat anomenades postmodernes (Meil Landwellin,1999), postpatriarcal (Flaquer,1998) i postfamiliar(Beck-Gernsheim (1998).

2.2.2.6 Tendències actuals familiars: l'espai de la llar en la família individualitzada

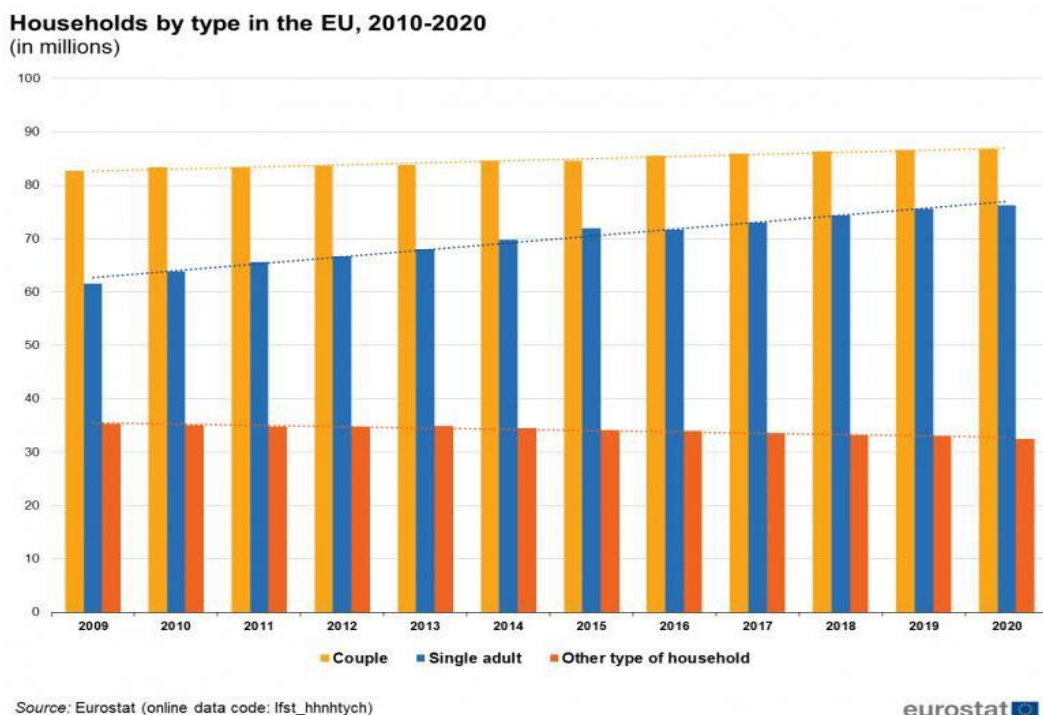
Les dades demogràfiques més recents a nivell Europeu (Eurostat³⁰,2021) que hem pogut trobar pel que fa a la formació de famílies i que ens orienten en relació a l'augment de certs tipus de llars no familiars, indiquen que:

1. **Augmenten el nombre de llars on hi viuen persones adultes soles.** Durant la darrera dècada ha augmentat el nombre de llars un 7,2%. La mitjana de membres en les llars europees ha estat el 2020 de 2,3 persones per llar. La mida més gran de llars es troba a Croàcia, Irlanda, Xipre, Malta, Eslovàquia (2,6) i la més petita a Suècia (1,5). En el cas d'Espanya, el 2010 era de 2,6 i el 2020 de 2,5.
2. **Per tipus de llar³¹, creixen de forma molt destacada les llars on hi viu una persona sola o llars unipersonals que no són llars familiars.** En segon lloc, les llars on hi viu una parella creixen moderadament. Les llars amb una parella legalment casada disminueixen un 4%. Segons Eurostat, aquest augment pot relacionar-se amb l'augment de les parelles que viuen sense fills. Les llars anomenades "altres tipus de llar" que són les llars on viuen dos o més adults, sense ser parella, adults econòmicament independents que viuen amb un o dos pares, i persones grans que viuen amb altres membres de la família o simples companys de pis econòmicament independents, han disminuït un 7,4% (veure figura 2.30).

³⁰ Eurostat (2021) <https://ec.europa.eu/eurostat/cache/digpub/demography/bloc-4a.html?lang=en> Data de consulta 7.08.2021

³¹ Eurostat (2021) https://ec.europa.eu/eurostat/statisticsexplained/index.php?title=Household_composition_statistics#Increasing_number_of_households_consisting_of_adults_living_alone
e Consulta 7.08.2021

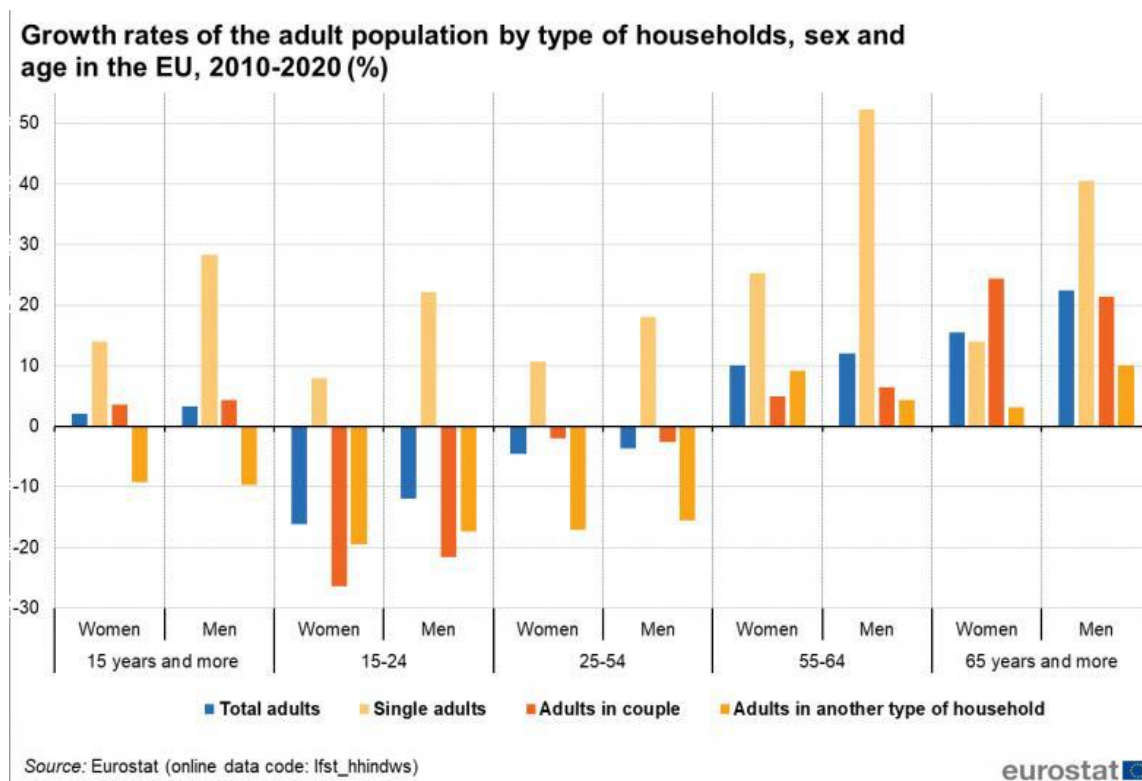
Gràfic 2.22 Llars per tipus a la Unió Europea



Font: Eurostat (2021)

- En relació a les diferències entre sexe i edats en llars ocupades formades per adults, les llars ocupades per adults que viuen sols, creixen en deu anys un 10% en ambdós sexes, excepte en el cas de noies joves entre 15-24 anys. La proporció d' adults que viuen sols creix més de pressa que els que viuen en parella. Això passa en totes les edats i sexes excepte en les dones de més de 65 anys per qui s'observa un augment més alt en les que viuen en parella (24,3%) envers les dones del mateix grup d'edat que viuen soles (14%). L'augment més significatiu (52,2%), és el que s'observa en homes d'entre 55- 64 anys que viuen sols, que és més alt que el de dones (25,2%). Els homes de més de 65 anys que viuen sols han augmentat més (40.5%) en comparació a l'augment de les dones que viuen soles del mateix grup d'edat (14%).

Gràfic 2.23 Augment de la població adulta 2010-20 segons tipus de llars



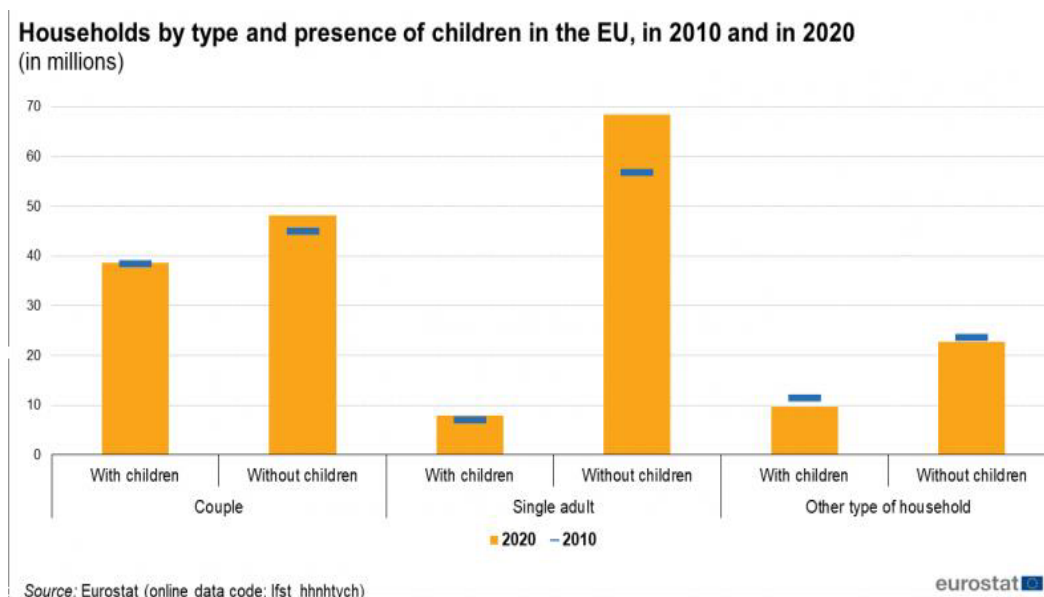
Font: Eurostat (2021)

4. En relació a la proporció d'adults que viuen sols o en parella, **vora la meitat dels adults (48,3% dones i 51,9% homes) viuen en parella**. Quasi tres de cada deu dones (26,8%) i homes (29,1%) viuen en un altre tipus de llar. Les dones que viuen soles constitueixen una quarta part de les dones, mentre que els homes que viuen sols són quasi una cinquena part del total de la població formada per homes (19%). En relació a la tendència dels joves (15-24 anys), set de cada deu nois viuen en un altre tipus de llar (amb companys, o més adults però no en parella) i això passa menys amb les noies (52%). Les noies joves tenen més tendència a aparellar-se que els nois joves de la mateixa edat (18,9% noies i el 7,7% dels nois). Pel que fa a les persones grans, **hi ha més dones que homes que viuen soles, és a dir, el 40,4% de dones viuen soles versus el 19,8% d'homes**. Quatre de cada deu dones viu en parella i sis de cada deu homes.

5. **Cada vegada hi ha menys casaments.** El nombre de casaments a Europa ha variat entre 2001 i 2019. De 2001 a 2006 eren de 4,8 a 4,9 matrimonis per cada mil persones. Augmentà fins al 5‰ el 2007. A partir d'aleshores la taxa ha anat decreixent fins a arribar, el 2013, a un nivell de 4,1‰. I ha tornat a créixer fins a 4,5‰ el 2018 i 4,3‰ el 2019.
6. **Edat més tardana de la mare en casar-se.** L'edat en que les mares tenen el primer fill va augmentant. L'edat mitjana en casar-se de tots els països membres de la UE va augmentar entre 2001 i 2019. Tant per dones i homes, augmentà en cinc anys en països com Portugal i Espanya, i per homes a Letònia. Augmentà al voltant de 3 anys a Dinamarca i Eslovàquia, tant per homes com per dones, i en els homes a Grècia, Bulgària i Croàcia.
7. **Quasi la meitat dels naixements a Europa tenen lloc fora del matrimoni.** És significativa aquesta dada, que pot indicar l'augment de les parelles de fet, altres models familiars i pot anar lligat al descens de casaments. Si el 2001 la mitjana de fills i filles nascuts fora del matrimoni era de 26,8%, el 2019 és del 42,7%. En països com Espanya ha augmentat un 28,7%, és a dir, el 2001 era un 19,7% i el 2019 un 48,4%, i a Portugal i a Holanda un de cada dos naixements ho fa fora del matrimoni. Contràriament, Letònia, Suècia i Estònia però, observen un decrement en els naixements durant aquest període.
8. **Disminució de les llars on hi viuen infants i disminució del nombre de fills per llar.** Durant la darrera dècada (2010-2020), disminueixen lleugerament(1,4%) les llars on hi viu una parella legalment o casada amb infants, i augmenten en més proporció (11,2%) les llars que viuen en parella sense infants (veure gràfic 45). Els països que observen un augment més alt de llars sense infants són: Turquia (68,4%) Malta (+67,5%), Suècia (54%) i Luxemburg (34,6%).
9. **En les llars on viu un adult sol, creixen lleugerament les que viuen amb fills o filles i augmenten amb molta proporció les llars on hi viu una persona adulta sense canalla.** En relació a altres tipus de llars, el decrement de les que tenen fills dependents -és encara més alt (15,7%) que els que no tenen fills (-3,4%).

10. Distribució de les llars europees segons el nombre de fills. Hi ha molta variabilitat entre països, però **a nivell de mitjana europea només tres de cada deu llars inclou canalla (28,7%)**. Però la diferència entre països indica que a Suècia, Finlàndia i Alemanya, una de cada quatre llars té fills o filles. Això passa amb una de cada tres a Irlanda, Polònia, Portugal, Xipre, Eslovàquia, Malta, Romania i Luxemburg. Més de dos de cada tres (68,7%) llars amb infants viuen amb una parella, però igualment depèn dels països, ja que a Finlàndia i a Grècia són el 83,9% i el 79,2%, i a Letònia només el 46,6%, i a Macedònia i Sèrvia són la meitat i en aquests dos països hi ha una alta proporció de mares o pares que viuen amb fills o filles i altres persones adultes que no són la seva parella. Països com Croàcia, Romania i Turquia es caracteritzen per a viure en nuclis familiars on més d'un terç de les famílies viuen amb fills i filles i dos o més adults que no són parella. Les llars monoparentals a Europa representen el 14 %, no obstant, a països com Estònia, Dinamarca, Suècia, França, Lituània i Letònia les famílies amb pares o mares sols representen més del 20%, mentre que a països com Sèrvia, Turquia i Macedònia són menys del 7%. És significatiu que quasi la meitat (47,5%) de les llars amb fills europees tenen només un/a fill/a únic/a. Quatre de cada deu llars tenen dos fills/es (39,9%). El 12,6% de les famílies tenen tres o més fills/es

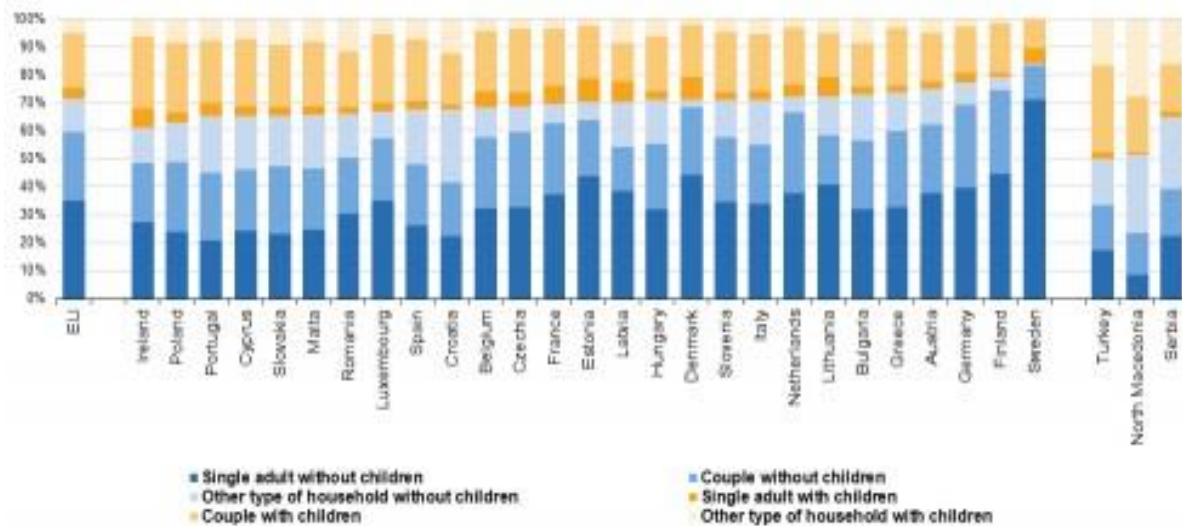
Gràfic 2.24 Llars per tipus amb presència de fills/es a la Unió Europea.



Font: Eurostat(2021)

Gràfic 2.25 Llars per tipus, presència de fills/es i país, 2020

Households by type, presence of children and country, 2020
(% of total households)



Note: Break in series and provisional data in Germany in 2020; Swedish data should be interpreted cautiously, as household data is not yet calibrated for non-response against administrative data

Source: Eurostat (online data code: hfst_hhhntych)



Font: Eurostat (2021)

2.2.2.6 Significat actual de la llar com a espai domèstic

L'espai domèstic fa referència a qualsevol *espai organitzat i amb àmbits diferenciats en els que es poden dur a terme diferents activitats*. La organització d'aquests espais respon a les necessitats econòmiques i socials del grup (Cortés Elía, 2016). El concepte de "household" es comença a utilitzar als anys 70, dins els corrents de la nova arqueologia per a referir-se als espais relacionats amb la família, determinant un tipus d'espais lligats a les activitats denominades domèstiques (fer el dinar, dormir, menjar, tenir cura de la família). Amb la incorporació de les teories postestructuralistes i feministes l'espai domèstic adquirí una nova dimensió, donant importància a aspectes antropològics i socials com les relacions de gènere (Bennett, 1987; Tringam, 1991; Nevet, 1994) citats per Cortés Elía (2016).

En el context lleidatà tradicionalment rural i agrari, l'espai domèstic es caracteritzava per integrar el treball domèstic i les activitats agràries de la dona fora de casa:

Sovint la participació de la dona en les tasques agrícoles i en les activitats mercantils suposava una prolongació del treball domèstic (...) i les moltes hores de treball de la dona rural incloïen no només el manteniment quotidià de la família i les activitats reproductives, sinó també una participació directa en la producció social de valors d'ús i canvi, activitats de circulació, i treball assalariat. (Beneria, 2019:137).

Cortés Elía (2016) planteja que “anomenar domèstic a l'espai interior de la casa on es desenvolupa la vida familiar no vol dir que hagi d'estar lligat a un gènere en concret” i afegeix “tot i que socialment hi ha hagut activitats realitzades majoritàriament per les dones, l'àmbit domèstic i privat, no deixa de ser un àmbit familiar.

L'espai és un mitjà, no es pot dissociar del seu context històric, l'espai és produït socialment i cada societat el concep i estructura de diferent manera, per tant, la noció d'espai pot variar entre individus i cal estudiar-ho conjuntament amb el que passa al conjunt de la societat. “Els espais són sempre creats, reproduïts, i transformats en relació a espais construïts anteriorment (Tilley, 1994 citat per Cortés i Elía 2016:93).

Actualment, en el context actual i en ple segle XXI, el significat majoritari de l'espai domèstic ha canviat i sovint es redueix a les tasques de reproducció (Camarero i Pino Artacho, 2014), en llars formades per cada cop menys nombre de persones i dins les quals, el temps que hom hi passa, generalment es relaciona amb moments de descans, alimentació, cura d'infants i de grans o manteniment de la salut. És un espai relegat al retorn de les feines productives que en general, es fan fora de casa. Per altra banda, si tradicionalment al món rural les formes familiars predominants estaven formades per famílies extenses, amb tres generacions convivint dins el mateix espai, actualment cadascú “viu a casa seva”, a aquest model s'hi superposa la família nuclear. La família nuclear, o anomenada “nuclear-fusional”, lligada a les societats industrials i pròpia del segle XIX-XX, és el model on els espais es privatitzen i la mida i composició de les llars, com hem vist, disminueix. Parsons (1943) ja parlava de l'aïllament de la “família nuclear aïllada” o la típica forma familiar de les societats industrials:

El aislamiento estructural procede del hecho de que la familia haya dejado de formar parte integral de un amplio sistema de relaciones de parentesco, ya que aunque todavía existen relaciones entre miembros de las familias nucleares, éstas son más una elección que como anteriormente eran una obligación. (Casares García, 2008:184).

Aquesta idea Parsons la relaciona amb la seva teoria de la *diferenciació estructural* de la societat on l'especialització de les institucions és un fet, i aquesta comporta abandonar certes funcions i transferir-les a altres llocs en detriment al que passava abans on la família era una unitat de producció (Casares García, 2008). Segons Casares García, la família nuclear encaixava amb la societat del segle XX perquè la mobilitat geogràfica que el mercat de treball exigeix, li permetia moure's en front les obligacions de la família extensa, i també podia reaccionar a les tensions entre valors de "logro"- universals- i "adscripció" -particulars- i exigits pel propi grup extens familiar. Així doncs, la família nuclear va adaptar-se a una societat que demanava persones treballadores mòbils, aconseguir un cert estatus d'acord amb el mèrit individual, i transferir a altres institucions o agents moltes de les funcions que tenia la família, reduint-les (Casares García,2008).

En resum, les famílies adopten en les seves pautes i sistemes d'obligacions familiars processos d'individualització derivats primer, de la Modernitat i després de la Segona Modernitat o Modernitat tardana amb una extrema segregació dels espais i on la individualització. L'ús de tecnologies i xarxes socials modifiquen les distàncies socials i afectives, la globalització, les famílies transnacionals, van en consonància amb la informació que ens proporcionen les dades censals i padronals sobre la composició de les llars: l'augment del nombre de llars unipersonals, famílies monomarentals i monoparentals, reducció nombre de fills i filles, augment cohabitació, augment famílies reconstituïdes i predomini d'un sol/a fill/a, fet que es plasma en com viuen les famílies les obligacions dins de les relacions de parentiu.

3. L'ESPAI DE LES CURES. GÈNERE, CRISI DE CURES I DE REPRODUCCIÓ SOCIAL.

La Cura donà forma a l'home i per això Cura l'ha de posseir mentre visqui.

Caius Julius Hyginus 64 aC-17 dC

3.1 Les cures i la reproducció social

El mot “cura”³², en català, prové del llatí *cûra* i el seu significat original al·ludeix a actituds d'atenció o vigilància. Segons Durán (2018:126) el concepte “cuidado” deriva del llatí “cogitatus” que significa ‘pensament’ i afegeix que cuidar “no és tant una activitat física com a mental” (Durán, 2018:126). Ferrater i Mora en el seu Diccionari de Filosofia (1956), tradueix la cura³³ en relació al concepte alemany ‘sorge’ que significa *cura* però que també es tradueix com a “preocupació”. Heidegger, en *Sein und Zeit* (1927) declara que la cura és el “ser en l'Existència”, és a dir “les vivències tenen la seva arrel en la cura, que és ontològicament anterior a elles” des d'un punt de vista *ontològic existencial*, la cura no es pot reduir a un impuls de viure o per a viure, sinó que és *condició de vida* (Ferrater i Mora, 1956). Podríem definir la cura com la gestió quotidiana del benestar propi i aliè, que conté activitats de transformació directa de l'entorn, però també actituds de vigilància que requereixen disponibilitat i resulten compatibles amb altres activitats simultànies (Durán, 2018).

Les “cures,” en plural, podrien definir-se com una varietat d'activitats i relacions que promouen el benestar físic i emocional de persones que “no poden o no són proclius a realitzar-les per sí mateixes”(Yeates,2004). Les cures formen part del sistema de reproducció social, és a dir, són condició i producte que la fa possible. La reproducció social englobaria els processos materials i simbòlics necessaris per a reproduir-se els éssers humans al llarg del temps en el sí de la família i l'àmbit privat (Petersen, 2003)

La cura guarda un significat qualitatiu explícit, “caring as the act of tendint to the emotional and physical needs of others” (Dowling,2022:37) perquè es tracta d'una relació

³² El mot anglès “care”, segons Dowling (2022) i l'Oxford English Dictionary, prové de “caru” que significa tristesa, pena o fins i tot angoixa, o també “càrregues de la ment”. En un passatge de Sèneca s'afirma que el bé de l'home es realitza en la cura, en el sentit que té *μέριμνα* que significa ‘preocupació’ pels estoics grecs i en el Nou Testament Vulgata es tradueix per *sollicitudo*

³³ La Real Academia de la Lengua Española, el defineix també com a actitud i atenció per a fer bé alguna cosa. El Diccionario de Uso del Español, en destaca la seva relació amb “prevenir riscos, atendre a algú per a que estigui bé i no pateixi danys”

social basada tant en sentiments d'afecte com en un sentit de servei que requereixen i produeixen vincles amb els altres. En canvi, “la reproducció social és una categoria funcional econòmica, utilitzada per a descriure la separació entre activitats productives i reproductives i els seus arranjaments dins les economies capitalistes” (Dowling,2022:38). Així doncs, podríem dir que la cura constitueix la “força motivadora” o el “motor” que fa possible la reproducció social (o de la força de treball).

Toda sociedad que pretenda asegurar un mínimo de continuidad tiene como premisa básica su reproducción, proceso que implica la reproducción de los bienes de consumo y de producción, de la fuerza de trabajo y de las relaciones de producción. Un sistema incapaz de reproducir sus condiciones de producción es inviable y está condenado a desaparecer. En todo caso, la reproducción de la vida humana es el objetivo último, 'la condición de posibilidad de la reproducción de cualquier sistema social ya que, en última instancia, son los individuos(as) (mujeres y hombres) los que como agentes productores y reproductores aseguran la continuidad del trabajo y la producción (Carrasco, 1991:96).

“La qüestió de la reproducció, s'entén com a complex d'activitats i relacions gràcies a les quals la nostra vida i la nostra capacitat laboral es reconstrueixen a diari” (Federici,2012: 21). El treball de cures i el domèstic són components claus de la reproducció social o el que és el mateix, de la reproducció de la força laboral. D'acord amb Duran(2018), la frontera entre treball domèstic i de cures és difícil de traçar. En les definicions amples o extenses de “cura”, se la identifica amb el treball domèstic perquè com s'ha dit, inclou tant el personal directe com l'indirecte. En les definicions restringides només es considera la cura directa personal a altres persones que necessiten ajuda per edat o malaltia, i no s'enregistra aquí ni l'autocura ni la cura de les persones adultes sanes.

El treball domèstic és el produït dins del “domus”, la casa, per l'autoconsum de béns i serveis, com a sinònim se sol utilitzar “tasques de la llar”. Pot ser no remunerat o remunerat (Durán,2018). El treball domèstic, integrat en el treball de reproducció, inclouria la producció de béns materials per al manteniment físic de les persones (alimentació, higiene i salut) però també la cura de les persones, nens i nenes, adults que són la força del treball, a més de la gestió dels afectes i relacions socials, el nucli que avui es coneix com a treball de cures.

Carol Thomas³⁴, fa un exercici de *deconstrucció del concepte* de cura des de la sociologia i la política social. Qüestiona la forma en que s'ha conceptualitzat en sociologia i al·ludeix a una manca de concreció del significat de la paraula “care” o cures que donar lloc a una imatge parcial i fragmentada de les cures a la nostra societat (Thomas, 2012:145). Segons l'autora, **la cura és la provisió de suport pagat o no pagat que inclou activitats o tasques i empatia emocional. És proveït principalment per la família, dones, a altres persones dependents i infants en l'esfera pública, domèstica en una gran varietat de recursos institucionals** (Thomas, 1993:665). El concepte unificat de *cures* descriu la totalitat del treball centrat en les persones en una societat. Presenta una forta adscripció de gènere i aquest caràcter s'hauria d'explicar en relació a l'articulació històrica i contemporània de la divisió sexual de treball amb conjunts particulars de relacions de producció en l'esfera domèstica i en l'esfera pública (Thomas, 1993). La cura constitueix una forma diferenciada de producció social en virtut de les seves relacions socials, siguin capitalistes o patriarcals o en funció d'alguna altra categoria científico-social. Per exemple, el marxisme entén el concepte de *cura com a esfera diferenciada de producció social adreçada a la reproducció de la força de treball*. Segons Thomas, això limita el concepte perquè no és possible superposar-hi un conjunt de relacions de producció reproductives. Des de la perspectiva econòmica 'economia neoclàssica', el sosteniment de la vida i les cures com a part integrant de la reproducció social no han estat mai una prioritat, ans han estat una externalitat del sistema econòmic (Carrasco, 2001:2), com tampoc ho ha estat la família, que s'ha vista sempre com a “quelcom” que evoluciona independentment de l'economia. Potser per aquesta raó els profunds canvis dels darrers trenta anys vinculats a noves formes familiars, augment de llars unipersonals i individualització de les relacions i obligacions familiars han estat ignorades fins al punt d'obtenir escasses respostes institucionals - actualment encara reben més ajudes públiques les famílies nombroses que les monomarentals-.

Inicialment, els treballs pioners sobre cures (Finch i Groves,1983; Waerness,1984; Lewis i Meredith, 1988, Graham 1991, Thomas,1993) se centraven en la família i en les cures informals i cridaren l'atenció sobre el fet que la cura venia definida pel marc de relacions on es desenvolupava, relacions que es caracteritzaven per la obligatorietat, el compromís, la confiança i la lleialtat. El sentit que s'atribuïa o en que s'analitzava la cura

³⁴ Thomas,C 1993 “De-construction Concepts of Care”, *Sociology* (27:4):649-669. Traducció i drets cedits a la recopilació d'articles dins el tractat . *El trabajo de cuidados* (2012) Torns, Carrasco, i Borderías.p.145-176.

era l'ètic i el moral. Gilligan(1982) i Tronto(1993) destacaren la seva importància com a 'relació i interconnexió', davant els supòsits sobre el comportament econòmic racional se sustenten sobre l'individualisme.

Thomas (1993), al·ludia al fet que socialment *les cures* es presenten en termes genèrics, quan en realitat *la cura* és un tema específic que se circumscriu en el domini privat o en el públic (Carrasco, Borderías i Torns, 2011). Thomas se centra en la concreció del significat de la paraula cura ('care') en moments en que mancava encara una teorització del concepte. En el seu article *deconstructing the concept of care* (1993) plantejava si el terme cures es podria considerar categoria teòrica o si les formes de cures són una categoria empírica que cal analitzar en funció d'altres categories. El plantejament de Thomas és útil ja que ens obliga a plantejar-nos: des d'on analitzem les cures? Des de quin punt de vista ho fem? En relació a quines variables?

Planteja set dimensions en relació a *la cura*:

1. *La identitat social de la persona cuidadora*: Qui és aquesta persona? És part de la família? Esposa, mare o filla o és una persona treballadora? Treballadora domèstica, infermera o persona voluntària. L'adscripció de *gènere* dins aquest rol és bàsica.
2. *La identitat de la persona receptora de cures*. Quines característiques socials defineixen els qui reben cures? Es poden classificar per grups d'edat, per graus de dependència, per tipus de malalties. L'identificador seria *la situació de dependència*.
3. *Relacions interpersonals entre la persona cuidadora i la receptora de cures*. Quins vincles hi ha i quins graus de familiaritat i d'obligació hi ha entre la persona cuidada i qui rep les cures? Es tracta de llaços familiars o es dona a través de persones de fora de casa que han entrat en contacte amb la persona cuidada-relació a través dels serveis de cura.
4. *La naturalesa de les cures*. Thomas parteix del concepte anglès de Care que presenta diferents sentits o accepcions depenent de com s'utilitzi: *Caring about someone* significa apreciar o tenir estima per una persona sota un *estat afectiu o emocional*. Té també un segon significat que fa referència a estat d'activitat o treball : *caring for someone*, que vol dir cuidar a algú o dur a terme un treball de cures. En aquest sentit la naturalesa de la cura es pot referir a un estat afectiu, a una activitat o a les dues instàncies alhora.
5. *El domini social on es localitza la relació de les cures*. Segons la divisió social del treball es considerava el domini públic i el privat o domèstic. En aquest sentit, les cures

dues a terme en el domini de les cures informals, les cuidadores formals se situen en un altre nivell, i a la inversa.

6. *El caràcter econòmic de la relació de les cures:* Es tracta de treball assalariat o no assalariat? Tant si ve determinat per una obligació normativa -familiar o d'un altre tipus o pel vincle monetari. Thomas planteja el fet que en els estudis sobre cures els conceptes estan basats o en cures no remunerades o en formes remunerades.

7. *El marc institucional on es duen a terme les cures:* On es localitzen físicament les cures? A la llar, en una residència, en un hospital, en el centre de salut?

A partir d'aquí, Thomas relaciona aquestes dimensions amb algunes recerques recents com ara Graham (1991), qui assenyalava que la cura duta a terme a la llar per familiars exclouïa les persones que no tenen relació de parentiu, com les treballadores domèstiques, “un exèrcit de forma desproporcionada per dones negres” i aquest fet amagava una part important dels fets de l'experiència de cuidar. Thomas assenjala que Graham se centra en la dimensió de *la identitat social de la persona cuidadora*, ja que li preocupa l'adscripció de gènere de les cuidadores. Aquesta autora defineix les cures des d'un punt de vista reproductiu ampli, *com el treball quotidià de reproducció que es realitza en les famílies per a cobrir les necessitats físiques i emocionals de les persones adultes sanes, els nens i les nenes, i les persones amb necessitats particulars associades a la dependència*. Per altra banda, Parker(1981) en el seu article *Tending and social policy*, que impactà fortament en estudis posteriors, se centrava *el repartiment de les cures entre família i Estat* d'acord amb les perspectives d'expansió de les cures en el context dels canvis sociodemogràfics que afecten les dones i les famílies: en el seu cas és *la dimensió social de la identitat social i l'elaboració de polítiques socials* associades a la dependència. En aquest sentit Thomas flexibilitza el concepte de cures apuntant que si Graham concep la identitat social de la persona que presta les cures i el gènere, Parker concep la identitat social de la persona receptora de cures en funció de la situació de dependència. Sota la seva visió les cures transcendeixen la família.

A *Caring: A labour of Love* (1983) Graham distingeix entre dos tipus de dimensions, en relació a la naturalesa de la cura: una dimensió *material*, les cures com a treball, com un esforç per a la reproducció de la família- treball domèstic quotidià, atenció infantil, treball dedicat a satisfer les necessitats de les persones en situació de dependència, i una dimensió psicològica: les cures com a *fenomen emocional* on intervenen relacions d'amor i afecte i la prestació de suport emocional. Graham assenjala que la “naturalesa de les cures està lligada a les qualitats d'allò femení construït socialment i a la

localització estructurada socialment en l'àmbit de les relacions privades de la família dins del domini domèstic" (Thomas,1993 en Carrasco, Borderías i Torns, 2014:159). Ungerson(1990), per la seva banda, se centrà en la *política de cures i les possibilitats de desenvolupar formes feministes de cures* que garanteixin la prestació de cura de qualitat a les persones receptores sense que s'exploti les dones. Ungerson fa una crítica a la dicotomia entre les cures a l'esfera pública i a l'esfera domèstica ja que considera obstaculitza una política feminista de cures que inclogui els dos àmbits i recomana el concepte "*treball de prestació de cures*" de la sociòloga Hilda Ve, que després seria desenvolupat per Waerness (1984). Qureshi(1990) demostrà en la seva recerca sobre la cura amb gent gran que les relacions de cura en l'àmbit formal inclouen també algun grau d'afecte i per altra banda, les cures informals també podrien estar desproveïdes d'aquest afecte(Thomas,1993; Carrasco, Borderías i Torns, 2014).

3.2 Cures i adscripció de gènere

Si la casa, como caparazón en las actitudes de los prejuicios familiares del jefe de familia hacia la mujer y el niño, ha sido formada en milenios, en menos de un siglo, la mujer occidental ha conseguido vaciarla de contenido. No ha logrado deshacer esa consistencia; simplemente, se ha ido.
Atxu Amann y Alcocer,2005: V

L'interès en *les cures, el treball de cures i el treball domèstic* com a objecte d'estudi nasqué dins els moviments feministes als anys setanta i vuitanta del segle passat. El fet que aquest tema implicava evidenciar el *paper de les dones i el seu espai social*, el valor del seu treball i sacrifici, la seva invisibilitat i la seva experiència viscuda, traspalsà la comunitat científica majoritàriament encapçalada per visions androcèntriques(Carrasco, Borderías i Torns, 2011). A dia d'avui hi continua havent resistències, tot i que cada vegada menys, en considerar qüestions que han experimentat les dones, per la seva adscripció de gènere, i en acceptar la real transcendència de les cures en el sosteniment de la vida humana. Ara bé, trencar amb l'imaginari social que ha associat les cures al gènere femení, a la privacitat, la domesticitat i a la divisió sexual del treball és un treball ardu. L'adscripció de gènere del treball de cures o creure que *les cures* són "afer femení" ha estat i està essent un error doblement legitimat pel paper adscrit socialment al

treball femení en relació a la construcció social d'una història androcèntrica que ha *naturalitzat* tot allò relacionat amb la cura. S'han edificat, des dels propis fonaments morals i filosòfics en què es basa la concepció dels Estats Moderns, els criteris a partir dels quals es legitimaven normativament les polítiques socials i els Estats del Benestar. Resseguint la idea d'aquesta "naturalització fictícia" de la desigualtat entre gèneres, ja al segle XVII, Hobbes a De Cive sobre *el drets dels amos sobre els esclaus*, el filòsof declara sobre *el govern natural que s'obté mitjançant el poder i la força naturals*, i es pregunta:

Per quins mitjans es pot obtenir el dret de domini de les persones humanes? Allí on s'obté aquest dret, hi ha com una espècie de petit regne. Doncs ser un rei no és altra cosa que tenir domini sobre altres persones. Així una gran família és un regne, i un petit regne una família. Tornem de nou a *l'estat de la naturalesa* i considerem els homes com si aquests haguessin brotat del terra, i de repent, com si fossin bolets, haguessin arribat a la maduresa sense cap contacte els uns amb els altres. Només hi ha tres maneres en que pot tenir-se domini de l'altre: el primer, és sí, per un contracte mutu fet entre els individus mateixos per a aconseguir la pau i l'autodefensa, aquests individus renuncien al seu poder i l'entreguen a un altre o a un consell d'homes voluntàriament. El segon, quan un home és fet presoner en guerra o és vençut, i pel fet d'evitar la mort, promet el seu servei al conqueridor o al partit més fort, i tercer, hi ha també un dret sobre la persona d'un home que s'obté per generació.(Hobbes, De Cive,1642:156)

Hobbes (1634-1704), com a filòsof contractualista, defensava, com Locke i Rousseau, que l'Estat es basa en un acord real o fictici -el contracte social - entre els membres d'un determinat grup que, "per naturalesa" i en "estat de naturalesa" estableixen un pacte entre drets i deures entre el mateix Estat i la ciutadania (Jorba-Grau,2014). Locke afirmava que mitjançant aquest contracte social "l'estat de naturalesa dels individus, passava a la societat civil o ciutadans", on la ciutadania se sotmetia a l'Estat a canvi de protecció i seguretat, i a canvi, l'Estat reconeixia els individus com a subjectes de drets civils i llibertats.

Allò que origina i de fet constitueix una societat política no és res més que el consentiment de qualsevol nombre d'homes lliures capaços de formar una majoria per a unir-se i incorporar-se a una societat d'aquesta mena. Això, i només això, és el que dona o podria donar origen a qualsevol govern legítim del món.(Segon Tractat, II, VIII, § 99 Locke, citat per Jorba-Grau,2014:121).

La filòsofa feminista Pateman (1988), partiria d'aquí per a definir la noció de *contracte sexual* entès com el vehicle mitjançant el qual els homes transformen el seu dret natural sobre les dones en la seguretat del dret civil patriarcal (Pateman,1988:15). Pateman

(1988)³⁵comparava el contracte sexual amb el social i afirmava que “les dones, mitjançant el matrimoni, les regles del joc són diferents al trànsit entre natura i societat civil. Les dones no podien assolir el contracte social i per tant, l'estatut d'individus i hereten característiques de l'estat natural, estat en el qual són inferiors” (Jorba-Grau,2014:120). De la mateixa manera Locke es pregunta com pot ser legítim el govern d'un home sobre els altres, al que respon, que aquest govern ha de sortir del “lliure acord” entre els homes. Sembla que Locke partia que les condicions “d'igualtat i llibertat” entre els homes qui conformaven el contracte, però segons el filòsof, les dones no signaven el contracte social, però sí el matrimonial, argumentant que les dones són inferiors per naturalesa –“els homes són superiors en estat de naturalesa perquè tenen més força física i mental, i més habilitats”(Jorba-Grau, 2014:122), per tant, no són lliures ni iguals, tot i que en l'“estat de naturalesa”, deia, “tots som lliures i iguals”, i, el contracte matrimonial no és civil ni polític però “l'única cosa que no és civil ni política era el poder absolut, i en el contracte matrimonial no hi havia poder absolut” (Jorba-Grau,2014:123). Lògicament, aquesta interpretació fou titllada de contradicció rebent crítiques per part del feminisme en relació al *matrimoni* associat a *contracte sexual*, que assenyalaven que “si una part del contracte està en condicions inferiors (dones), aleshores no li queda més remei que acceptar les condicions de l'altra part (home o amo) i d'això en resulta un intercanvi no igualitari” (Jorba-Grau, 2014:121). Pateman postula a partir d'aquí que hi ha d'haver un pacte entre homes i dones precedent al contracte social, el contracte sexual pel qual l'home, patriarca, adquireix un “fundacional del dret polític dels homes sobre les dones”. El terme civil només afectaria els homes, i les dones passarien de l'estat de naturalesa, a través del matrimoni, a l'esfera privada, assignada a elles. Tals contradiccions, foren qüestionades en els seus inicis de la *primera onada* feminista ja per Mary Wollstonecraft (1759-1797), en la Vindicació dels Drets de la dona (1792) la qual es preguntava: Com podem ser iguals si som diferents? (Jorba-Grau, 2014:123). “L'esfera privada és una esfera civil, en tant que és part de la societat civil, però alhora no és plenament civil, en tant que no hi regnen els mateixos drets que a l'esfera pública i política” (Jorba-Grau, 2014:124). Així doncs, en l'esfera privada es dona una situació d'intercanvi semblant a la del contracte social, però dins un altre espai, entre el marit i la muller que es basa en la protecció del marit a canvi de l'obediència de la muller, talment la de l'Estat sobre la societat civil. Silvia Federicci afegeix: “hem lluitat contra la naturalització de la feminitat, a la que s'assignen tres tasques: formes de ser,

³⁵Pateman, Carole (1988) *The Sexual Contract*. Oxford: Basil Blackwell

comportaments i tot imposat com a una cosa “natural” per les dones. Aquesta naturalització compleix una funció essencial de disciplinament” (Federicci,2018:8).

Aquestes divisions traçades en els espais socials en forma ‘d’esferes socials’ són un clar reflex de relacions de poder i de domini. Si l’esfera privada era construïda com l’àmbit o reialme “femení”, l’home transitava d’una esfera a l’altra: “en l’esdevenir històric l’home experimentava una pluralitat d’àmbits, el públic és una escena que li corresponia gestionar, mercantilitzar i legalitzar, i amb la mateixa facilitat transitava d’un ordre a l’altre, perquè ambdues instàncies li reconeixien la seva pertinença”(Murillo, 1997: XXII). Les dones no pertanyien a l’àmbit públic i “el seu recinte privat, tant proper a l’univers domèstic, es converteix en inexistent” (Murillo,1997: XXII). La domesticitat, per tant, atempta a la privacitat de les dones en el sentit que “la domesticitat no coneix límits i estira de la màniga massa sovint. Dedicarà la seva atenció a la cura de l’altre, es preocuparà per les necessitats materials i afectives de la família i tota activitat pensada en singular, per a sí mateixa, serà un privilegi o una excepció” (Murillo, 1997: XXII). Així doncs, la privacitat ha estat associada a la “domesticitat”. Tot i així l’espai privat també s’ha entès com a refugi on descansar de la pressió rebuda en l’espai públic, pel pes de les obligacions i responsabilitats: “es precisa d’una vida familiar, a l’empara de les abruptes exigències de “l’afora”: l’espai privat”, però aquesta associació ha estat feta més aviat, des del punt de vista masculí (Murillo, 1997:37).

La domesticitat ha fet ús de la pressió de la instància de la moralitat a l’hora d’introduir-se com a obligació interioritzada per les dones en els processos de socialització, i en la seva relació amb el concepte de família. Durkheim deia que “el domini moral comença allí on comença el domini social” (Durkheim,2002:75). El sociòleg atribuïa als valors de *la moralitat*, la base de la cohesió social i familiar. Es configura doncs, un àmbit privat-domèstic on la política hi és absent, però no la moral -controlada durant molts anys per la religió- (Pérez Orozco, 2014:202).

El concepte de cura transcendeix avui l’àmbit domèstic. Aquest antic espai privat i personal ja no està confinat, “clausurat” o dictaminat en exclusiu per les “mestresses de casa” (aquestes, ja no hi són) tot i que encara és la pròpia llar com a espai físic el centre de gestió, organització i cura de la vida. Allò privat doncs, més enllà d’un espai físic, es projecta avui o té el seu “continuum” en l’espai mental o de responsabilitats, llibertats i preocupacions que fan referència a fora i dins de casa, a fora i dins de la feina, a fora i a dins del carrer... per tant, els espais en que ens movem són avui espais simbòlics, multidimensionals, projectats i no tant físics i delimitats com en societats més tradicionals.

Comprendre com s'organitza la responsabilitat que suposa “*sostenir la vida humana*”, *les cures*, ens obre els ulls a entreveure com s'articulen els interessos prioritaris en una societat, o el que és el mateix, dominacions i estratègies de poder (Carrasco:2001):

Centrarse explícitamente en la forma en que cada sociedad resuelve sus problemas de sostenimiento de la vida humana ofrece, sin duda, una nueva perspectiva sobre la organización social y permite hacer visible toda aquella parte del proceso que tiende a estar implícito y que habitualmente no se nombra. (...) permite además poner de manifiesto los intereses prioritarios de una sociedad, recuperar todos los procesos de trabajo, nombrar a quiénes asumen la responsabilidad del cuidado de la vida, estudiar las relaciones de género de poder y, en consecuencia, analizar cómo se estructuran los tiempos de trabajo y de vida de los distintos sectores de la población (Carrasco, 2001:2)

Tot i els canvis succeïts en l'espai domèstic, les enquestes sobre l'ús del temps en relació al gènere en el cas de les parelles de doble ingrés, constaten que “en un context de substitució del model tradicional d'un sol proveïdor (male breadwinner/housewife household) pel model de dos perceptors d'ingressos, el treball domèstic i de cures dut a terme dins les llars i no remuneradament continua duent-se a terme per les dones. Amb una càrrega global de feina de 40 minuts més per part de les dones, i el 70% de les feines domèstiques i de cures són assumides per aquestes. Així doncs, les dones s'han incorporat al món laboral sense una redistribució ni coresponsabilitat del treball domèstic i de cures. Si s'analitzen els recursos relatius de les parelles i el seu poder de negociació i formació, sembla que no són factors o variables suficients, i que el que incideix en la lluita per a més equitat són les expectatives d'acord amb la imatge que es potencia dels homes i de les dones, tant per part de les institucions, els mitjans i en els processos de socialització (Domínguez Amorós, Muñiz, Dubilar Donoso, 2019). En el cas d'Espanya, el factor edat té incidència, és a dir, a menys edat, menys desigualtat, fet que pot mostrar canvis generacionals pel que fa a la implicació en el treball de cures per part dels homes, també incideix la quantitat d'hores remunerades que l'home treballa fora de casa, a més hores, menys implicació. Un altre factor que incideix positivament en la igualtat és la quantitat d'ingressos que tenen les dones: quan la dona aporta ingressos superiors a l'home, disminueix la desigualtat entre homes i dones. En relació als nivells educatius, en el cas de les dones, afecta poc, és a dir, hi ha més desigualtats només en el cas de les dones amb estudis inferiors i primaris, però entre aquelles que tenen secundaris o universitaris no tant. Sí que influeix el nivell d'estudis en el cas dels homes on s'observa una diferència en favor de la igualtat en el cas dels homes amb estudis universitaris, en comparació amb menor nivell educatiu (Domínguez Amorós, Muñiz, Dubilar Donoso, 2019). Segons dades provinents de la darrera enquesta Enquesta sobre la Discapacitats, Autonomia Personal i situacions de Dependència a Espanya

(EDAD,2020) s'observen petits canvis respecte a la participació del gènere masculí en les cures, si es compara amb l'enquesta anterior (EDAD 2008), actualment els fills varons cuidadors constitueixen el 13,3% enfront el 9% de l'enquesta anterior. Així i tot, la majoria de les dones combinen treball remunerat i treball de cures al mateix temps, fet diferencial en els homes els quals afirmen cuidar quan estan jubilats (42,3%) o han perdut la feina.

3.3 El binomi producció-reproducció social

Les cures són el matalàs invisible que absorbeix tot el que aquest sistema no vol assumir.

Pérez Orozco, 2019

Hem vist com les societats preindustrials, amb components rurals, unien tasques productives i reproductives, i en molts casos homes i dones podien participar en tasques domèstiques com preparar aliments, tallar llenya, matança (Cowan,1983; Borderías, Carrasco i Torns,2011). Com que la domesticitat i les seves tasques estan determinades pel moment històric, econòmic i l'espai geogràfic, els menors solien ajudar des de molt petits a les feines de pares i mares (Ariès, 1973; Borràs,2001), mentre que per exemple, la burgesia i l'aristocràcia durant molt de temps havia externalitzat la cura de fills i filles a nodrisses i servei domèstic.

En tota societat coexisteixen per una banda, el procés de reproduir les seves institucions i estructura social i el manteniment de la població, i el procés de producció de béns materials o tecnològics, al primer l'anomenem *reproducció* i al segon *producció* (Frau Llinares,1998:15). Des d'un punt de vista econòmic, la producció fa referència a l'acte de fabricar, manufacturar, crear béns materials, mentre que la reproducció fa referència al manteniment i reemplaçament de la força de treball. El marxisme considera que la reproducció social és necessària per al manteniment d'un determinat mode de producció i un model de relacions socials dins d'una societat i en el mode de producció capitalista és considerada com el resultat de la reproducció continuada i estesa de la reproducció del capital. Així doncs, tant la reproducció social és condició de la producció, i a la inversa, ja que són indissociables.

El sistema de *reproducció social* inclouria l'estructura familiar, l'estructura del treball assalariat i el no assalariat, el paper de l'Estat en la reproducció de la població i de la força del treball i les organitzacions socials i polítiques relacionades amb els diferents treballs (Borderías, Carrasco,Torns: 2011), o dit d'una altra manera, entenem reproducció social com un complex de tasques, energies i treballs l'objectiu dels quals és la reproducció de la població i de les relacions socials i la reproducció de la força de treball.

Històricament, s'ha associat la reproducció com a vinculada al grup domèstic i a rols femenins, mentre que la producció s'associava a rols masculins, tot i que en societats rurals, sabem que les dones també participaven del procés de producció i treball agrícola familiar, dones i tota la família quan era necessari. Cal assenyalar que les empreses familiars agrícoles, o precapitalistes, o en els processos de protoindustrialització, encara que el treball productiu i el reproductiu s'unia i era més difícil saber on començava l'un i acabava l'altre, no vol dir que en aquestes unitats econòmiques familiars no hi havia subordinació d'una esfera, la reproductiva, respecte a l'altra. Segons Narotzky (1995), un enfocament homogeneïtzador i unitari de la família pot ocultar l'existència tant del preu de la divisió sexual del treball, com de les relacions de poder internes. Si bé és cert que la producció i la reproducció en algunes societats es mantenien unides o indiferenciades, és a dir, una dona sortia a treballar i tant podia treballar per l'autoconsum familiar, com per altres cases, tant al camp, com serveis per a casa, ja que es duien a terme molts tipus de feines simultàniament.

Posteriorment, la diferenciació entre producció i reproducció, unida a la separació dels espais socials on es duia a terme la feina, l'economia interna de la llar o l'economia externa del mercat, amb l'incipient capitalisme, aporta elements d'anàlisi a través dels quals es produeix una separació on les dues esferes són mostrades com a separades o independents- l'espai domèstic habitat per les dones i l'espai públic on l'home duu a terme treball remunerat. Si hom es pregunta quina relació de subordinació hi ha entre les dues esferes, històricament les modalitats de producció han dictat i segueixen dictant les de la reproducció(Combes i Haicault,1994), tot i que potser hauria de ser a l'inrevès, la producció hauria d'estar al servei de la reproducció de la vida?, en aquest sentit, cal comprendre per què l'àmbit de la reproducció social no ha rebut atenció o ha estat invisibilitzat o no ha estat considerat centre d'interès. Frau Llinares (1998) assenyala que encara que en el capitalisme ambdues esferes s'hagin diferenciat més, això no vol dir que la subordinació de l'esfera reproductiva a la productiva sigui un tret del capitalisme "que considera l'home com a mercaderia que acompanya el desenvolupament del mercat i a la consideració de la

dona aïllada dins la família en l'espai privat (Dalla Costa,1977), ja que les unitats productives familiars no amagaven diferenciacions internes, en el sentit de jerarquies, autoritat i privilegis, és a dir, no es tractava pas d'un tot harmònic o indiferenciat.

Aquesta presumpció, té conseqüències nefastes per a l'anàlisi dels grups dominats en les economies familiars- dones, infants, vells joves, solters i servents- i per a la comprensió global de com s'articulen i transformen les relacions socials dins de les unitats de producció-reproducció en la seva diversitat històrica i dins dels processos polític-econòmics més amplis. (Narotzky, 1995: 143)

L'incipient capitalisme, centrava la seva atenció en la producció, donant per descomptat que la reproducció social de la vida depenia de la producció, i del salari. Engels (1884) afirmava que "segons la teoria materialista, el mòbil essencial i decisiu al que obeeix la humanitat en la història és la producció i la reproducció de la vida immediata" (Engels,1884:12 citat per Pérez Orozco), o en la teoria del salari d'Adam Smith es diu que cal que existeixi un límit inferior del salari que està determinat exògenament per les necessitats de reproducció de la mà d'obra. David Ricardo (1817), per la seva banda, obvia tota mena de treball no pagat, "el preu natural del treball depèn, del preu del menjar, de les necessitats bàsiques i de les comoditats requerides per a mantenir el treballador i la seva família". Segons Marx, "la constant conservació i reproducció de la classe obrera és sempre condició constant de la reproducció del capital. El capitalisme pot confiar tranquil·lament el seu acompliment a l'instint de conservació i reproducció dels treballadors" (Marx,1867). Al segle XIX, l'impacte de la industrialització i els canvis transcorreguts a les societats europees provoca l'augment en la dedicació dels homes a la feina i això configurarà una dependència d'aquests al treball de reproducció de les dones (Cowan, 1983; Bock i Thane, 1991). La mercantilització dels processos productius situa el treball de cures al centre de les famílies i es crea una nova ideologia de la domesticitat a partir de la qual les dones són considerades com a responsables "naturals de les cures" (Kniebihler,1977). S'estableixen nous codis de maternitat que influencien en la configuració de la mare com a responsable de la cura. Cowan(1976) assenyala com es dona el pas cap a l'assumpció del treball domèstic per la mestressa de casa en substitució del servei domèstic i el dut a terme per familiars de classes treballadores. Durant el segle XX, amb els processos de salarització, les dones que es dedicaven en exclusiu a les tasques domèstiques passaren a dependre d'un guanyador de pa (Borderías, Carrasco

i Torns, 2011). L'imaginari col·lectiu construïa, a mesura que el coneixement científic i tecnològic s'incorporava en els espais domèstics i quotidians, com és el cas de noves mesures d'higiene i noves normes i manuals d'economia domèstica, electrodomèstics i altres, i es va creant una ideologia de la domesticitat i la defensa d'un salari familiar pel varó que permetés a moltes dones romandre fora del mercat laboral (Horrell i Humphries, 1995). Fou a partir del període d'entreguerres que s'iniciaren les reivindicacions en els canvis dels models sexuals del treball i la corresponsabilitat dels homes en el treball de cures. Als Estats Units apareixia a les capçaleres del diari National Enquirer el 1970, "Hey, fellas! Could you afford \$48,000 to hire these women? Because that's what a housewife is worth". Tot i així, les reivindicacions venien de molt abans. Ja s'havia reivindicat un salari per les mestresses de casa a finals del s.XIX, salari universal per a obtenir reconeixement del valor de la maternitat (Cova, 1991). El feminisme autonomista marxista italià dels anys seixanta i setanta, amb Silvia Federicci i Mariarosa Dalla Costa, Leopoldina Fortunati i la nordamericana Selma James lideraren, durant la segona onada feminista la *Campanya Internacional per al Salari en el Treball domèstic (WfH³⁶ sigles en anglès)*, que tingué lloc el 1972 a la Conferència Internacional Feminista de Pàdova. Era una campanya feminista, anticapitalista, i internacionalista, amb molta diversitat ideològica. Exigia el reconeixement del treball domèstic de les dones, posava sobre la taula la seva devaluació, no remuneració i un treball mal pagat. Aquesta campanya contribuï de forma especial a enfocar i posar llum al treball realitzat per a la *reproducció social³⁷*, pretenia remarcar la contribució del treball domèstic no remunerat en la reproducció de la força de treball, que inclou l'educació i l'aprenentatge, la satisfacció de les necessitats de cura i on poden participar les llars, el sector públic i el mercat. L'objectiu era visibilitzar una sèrie de treballs, vincles i violències que s'oculten i reproduïen en la divisió social del treball.

³⁶WfH O Wages for Housework Campaign

³⁷ El concepte de *reproducció social* però, és un concepte o categoria social sociològica o econòmica àmplia, que ha estat interpretada també a nivell macro, fent referència a les forces estructurals d'una societat que determinen la perpetuació de les posicions socials dels individus. Des de diferents escoles teòriques i se li ha atribuït diversos significats, des del feminisme liberal al feminisme marxista, per una banda, fins a les teories de la reproducció social en el món de l'educació dels anys setanta, representades per Gramsci, Althusser, Baudouin i Establet, amb influències marxianes, centrades en com les institucions socials contribueixen en la reproducció de les jerarquies existents acoblant d'un mode no conflictiu als individus als espais socials "on estarien destinats". La teoria de la reproducció de Bourdieu, que utilitza el terme violència simbòlica per a expressar els processos de dominació capitalistes contemporanis que s'exerceixen mitjançant la cultura, i com es reproduïen les desigualtats a partir de les nocions de camp, habitus i agència. En *Les estratègies de reproducció social* (2011) aprofundeix en la importància de la classe social com a determinant de les estratègies de reproducció social en les societats, utilitzant les seves nocions de *capital social, cultural o econòmic*, on cada classe social es reproduïx a sí mateixa, o als individus inclosos que ocupen aquest espai o estrat social

3.4 Invisibilitat del treball de cura

El treball domèstic —treball reproductiu, o de cura— ha estat adjudicat a les dones pel patriarcat i menystingut històricament, exclòs de qualsevol anàlisi socioeconòmica. No solament no s'ha remunerat, sinó que ha estat considerat privat, aliè al món públic i no reconegut com a element fonamental per al desenvolupament humà. El Crític. 2018

Adjudicat “per força” i assumit històricament a través de la socialització del gènere femení d'acord a una divisió sexual del treball, va costar molt que el fet de cuidar es considerés “treball en sí mateix”. En els seus orígens, i encara ara majoritàriament, el realitzaven només les dones i es considerava estretament relacionat amb el del treball domèstic no remunerat o no assalariat. Per tant, dins l'economia convencional, no es considerava estrictament com a treball, en no moure's en alguns casos, en termes monetaris, i en ésser dut a terme dins l'àmbit privat o la llar. L'economia feminista denuncia els “falsos límits imposats per l'ortodòxia”^{44 38} i evidencia les mancances provinents per l'economia oficial o acadèmica. Com assenyala Phillips (2017) sobre la incorporació transversal del gènere en la teoria política: “*en les teories liberals l'individu és presentat com a neutre*” d'acord amb la idea econòmica de l'elecció racional beckeriana, dins la seva Nova Economia de la Família (NEF) (Becker, 1981) l'home tendeix a maximitzar la seva utilitat i benefici i a reduir els seus costos o riscos partint d'una ontologia individualista, dins el paradigma de l'economia neoclàssica.

La participació dels diferents membres familiars en activitats de mercat i no mercat, no s'atribueixen al costum, els prejudicis o les forces socials, sinó a decisions racionals adoptades pels individus, que maximitzen la seva utilitat, i per això assignen el seu temps, un recurs escàs. (Becker, 1965, citat per Carrasco (1991:41) Moreno (2007:102)

Des del s.XVIII, el pensament econòmic clàssic associà el concepte de *treball* a mercat i a salari i aquest fet afectaria a tota feina que no passés pel mercat. A partir d'aquí sorgeix una desvalorització econòmica del *treball dut a terme dins la llar*, no considerant-lo treball realment. Es considerà a les dones que feien tasques domèstiques, feines no valorades dependents del “guanyador de pa” o qui duia el salari a casa. Sílvia Federici, amb el concepte “patriarcat del salari” al·ludeix al valor del treball remunerat o assalariat

³⁸ Les tasques de cura, què son, qui les fa i per què s'haurien de remunerar. El Crític. 2018

i al no valor del treball domèstic, en plena transició del sistema capitalista actual. “Ni es mira l'àmbit de la reproducció, ni es mira les dones que sí que estan en l'àmbit de la producció, ni s'intenta visualitzar i explicar la desigualtat de gènere” (Pérez-Orozco, 2014). El fet d'incorporar el treball de la llar a les anàlisis 'macro' permeté saber per quines raons econòmiques aquest era considerat invisible. El que resta ocult, no és el propi treball domèstic i de cures sinó la relació que manté amb el sistema de producció capitalista. Si cuidem les persones, i aquestes han de ser vida humana per al mercat, si aquesta relació roman a l'ombra es facilita el desplaçament de costos des de la producció capitalista a l'esfera domèstica. Aquests costos tenen a veure amb la reproducció de la força de treball i el manteniment de la població, per tant, ***l'existència de treball familiar domèstic disminueix el cost de la força de treball i augmenta la taxa de guanys*** (Dalla Costa, 1995; Carrasco, 2001; Picchio, 2001) com passa avui amb la precarietat del mercat laboral. Aquest enfocament rebutja separar l'àmbit mercantil i el domèstic, entenent que, avui les dones viuen en tensió constant en transitar de l'espai domèstic al mercat incessantment en un món que es mou segons la lògica capitalista (Borderías, Carrasco, Torns: 2011).

3.5 Les cures en la seva consideració de treball

El treball de cures es construí en interrelació entre les dimensions *treball-* que incloïa el no remunerat- i *l'emocional* i de responsabilitat de relacions familiars i de gènere (Borderías, Carrasco i Torns, 2011). El treball de cures, en les ciències socials sorgia com a camp d'estudi i recerca en sociologia i dins l'economia, i dins d'aquesta ha estat un eix central, en l'economia feminista. Com s'ha comentat, l'interès en les cures i la seva consideració de “treball” fou reconegut acadèmicament a partir dels debats lligats al treball domèstic als anys setanta i vuitanta del segle passat. Nasqué com a demanda i crítica socials al fet que les polítiques socials consideraven la institució familiar i tot el que succeïa al seu interior corresponia a l'àmbit privat, esfera inassequible o insondable. Fou així, que a partir de les veus de les pròpies dones i les seves experiències que es problematitzà fent-lo submergir de l'àmbit privat al discurs públic i acadèmic. Entenem el treball de cura com l'espai d'activitats, béns i serveis tant materials com socials, necessaris per a la reproducció i manteniment de la vida de les persones (Picchio, 1999). L'Organització internacional del Treball (OIT) en el seu informe *El Treball de cures i els treballadors de la cura per a un futur amb treball decent* (2019) afirma:

El trabajo de cuidados consiste en dos tipos de actividades superpuestas: las actividades de cuidado directo, personal y relacional, como dar de comer a un bebé o cuidar de un cónyuge enfermo, y las actividades de cuidado indirecto, como cocinar y limpiar. El trabajo de cuidados no remunerado son los cuidados prestados por cuidadoras y cuidadores no remunerados sin recibir una retribución económica a cambio. La prestación de cuidados no remunerada se considera un trabajo, por lo que es una dimensión fundamental del mundo del trabajo³⁹ El trabajo de cuidados remunerado es realizado por trabajadores y trabajadoras del cuidado a cambio de una remuneración o con ánimo de lucro. Estos comprenden una gran diversidad de trabajadores de los servicios personales, como el personal de enfermería, el personal médico, y los trabajadores y trabajadoras del cuidado personal. Las trabajadoras y trabajadores domésticos, que prestan cuidados tanto directos como indirectos en los hogares, también integran la fuerza de trabajo dedicada a la prestación de cuidados. (OIT,2019: xxvii)

La resolució I de la OIT (2013) sobre les estadístiques del treball i ocupació i la seva subutilització de la força de treball, tenia com a objectiu una orientació mitjançant una normativa relativa a les estadístiques sobre el treball a l'hora de definir el concepte "treball" com a variable estadística. Inclou directrius i conceptes operatius per a anomenar subconjunts diferents d'activitats productives, denominades formes de treball; classificacions de la població segons la seva situació en la força de treball i la seva forma de treball principal, i mesures de subutilització de la força de treball.

Es desprèn d'aquesta resolució que el *treball de producció per l'autoconsum*, ja sigui per a la producció de béns propis per a l'autoconsum com emmagatzemar productes de l'agricultura, dur aigua des d'una font, fabricar béns domèstics com tèxtils, calçat, i altres, com per a *la prestació de serveis a la llar*, inclouria:

La prestación de «servicios» (incluida más allá de la frontera de producción del SCN 2008 pero dentro de la frontera general) abarca: i) ii) iii) iv) la contabilidad y administración del hogar, la compra y/o transporte de bienes del hogar; la preparación y/o servicio de comidas, eliminación de desechos y reciclaje de residuos del hogar; la limpieza, decoración, y tareas de mantenimiento de la vivienda y las instalaciones, de los bienes duraderos del hogar y de otros bienes, y las labores de jardinería; el cuidado y educación de los niños, el transporte y cuidado de los miembros del hogar (mayores, dependientes u otros), y de los animales domésticos o mascotas del hogar.(OIT,2019: xxvii)

D'acord amb la resolució de la OIT (2013) el treball de cures no remunerat formaria part del treball de producció per l'autoconsum sota la forma de treball de producció de béns per a l'autoconsum. El concepte de *força de treball* és definit per la OIT com a l'oferta de treball disponible en un moment donat per a la producció de béns i serveis a canvi de remuneració o beneficis. En aquest sentit, el treball de cures, en el cas del no remunerat s'hauria de calcular com al resultat del cost d'oportunitat o la quantificació

³⁹OIT, 2013: Resolución I: Resolución sobre las estadísticas del trabajo, la ocupación y la subutilización de la fuerza de trabajo, adoptada por la 19.a Conferencia Internacional de Estadísticos del Trabajo, octubre de 2013 (Ginebra).

que tindria si hagués de ser remunerat per a persones de fora de la llar.

Quadre 3.1 Classificació de les formes de treball OIT

Diagrama 1. Formas de trabajo y el Sistema de Cuentas Nacionales 2008

<i>Destino previsto de la producción</i>	<i>Para uso final propio</i>		<i>Para el consumo de terceros</i>			
	Trabajo de producción para el autoconsumo		Trabajo en la ocupación (trabajo a cambio de remuneración o beneficio)	Trabajo en formación no remunerado	Otras actividades productivas	Trabajo voluntario
<i>Formas de trabajo</i>	de servicios	de bienes				En unidades de mercado y no de mercado
	<i>Relación con el SCN 2008</i>	<i>Actividades dentro de la frontera de producción del SCN</i>				
<i>Actividades dentro de la frontera general del SCN</i>						

11. La forma de trabajo denominada trabajo en la ocupación establece el alcance de las actividades de referencia para las estadísticas de la fuerza de trabajo. El concepto de **fuerza de trabajo** se refiere a la oferta de trabajo disponible en un momento dado para la producción de bienes y servicios a cambio de remuneración o beneficios. La fuerza de trabajo se calcula tal como se describe en el párrafo 16.

Font: OIT (2013)

3.5.1 El treball de cures no remunerat

La forma pròpia de la cura de l'altre és l'acolliment. Hem nascut per a acollir-nos.

Esquirol,2014

La Organització Internacional del Treball (OIT, 2019), alerta que el *treball de cures no remunerat* té una dimensió molt més gran que el treball de cures remunerat i a la pràctica és dut a terme en la seva majoria per dones i nenes arreu del món i és realitzat per grups o col·lectius socials menys afavorits. Constitueix un factor clau en relació a l'accés de les dones en el món laboral i la qualitat del tipus de treball que duen a terme i en el cas de les nenes, en l'accés i continuïtat en el món educatiu. En aquest sentit, si el treball de cures no remunerat es duu a terme constituint un excés de temps i espai, pot constituir un obstacle econòmic i de benestar fins a afectar els Drets Humans. La OIT alerta també sobre el fet que el treball de cures remunerat serà en un futur una font

important de feina però que el duen a terme dones en la seva majoria, sovint migrades, a canvi d'uns salaris molt baixos. També apunta que la naturalesa relacional del treball de cures el fa difícilment substituïble per la tecnologia i robots. I afegeix:

A menos que estas necesidades de cuidado adicionales sean abordadas por políticas de cuidado adecuadas, esta demanda adicional de trabajo de cuidados remunerado probablemente siga limitando la participación de las mujeres en la fuerza de trabajo, imponiendo una carga adicional a las mujeres y acentuando más aún la desigualdad de género en el trabajo.(OIT, 2019: xxviii)

El mateix informe, aporta dades relatives a la desigualtat de gènere i el treball de cures no remunerat (2019:29-36):

1. Les dones duen a terme el 76,2% del treball no remunerat de cures, dedicant-li 3,2 vegades més temps que no pas els homes.
2. En tot el món, la prestació de treballs de cura no remunerats és més intensiva per a les nenes i les dones que viuen en països amb ingressos mitjos, les dones casades i adultes, amb un nivell educatiu més baix, residents en zones rurals i amb infants que encara no han arribat a l'edat d'escolarització.
3. El treball remunerat no transforma per si sol la divisió sexual del treball al món. Quan es consideren el treball remunerat o amb ànim de lucre i el treball no remunerat, la jornada laboral de les dones amb un promig de 7h i 28 minuts és superior a la dels homes (6h i 44 minuts).
4. 647 milions de dones en edat de treballar estan fora de la força de treball degut a responsabilitats familiars.
5. Les cuidadores no remunerades a temps complet constitueixen el 41,6% del total 1.400 milions de dones inactives a tot el món, en comparació al 5,8% d'homes, dels 706 milions d'homes inactius.
6. Les mares d'infants de 0-5 anys, experimenten una penalització a la feina en comparació als homes.
7. Els cuidadors i les cuidadores no remunerades afronten una penalització en la qualitat de la feina.

3.5.2 El treball de cures no remunerat amb persones grans

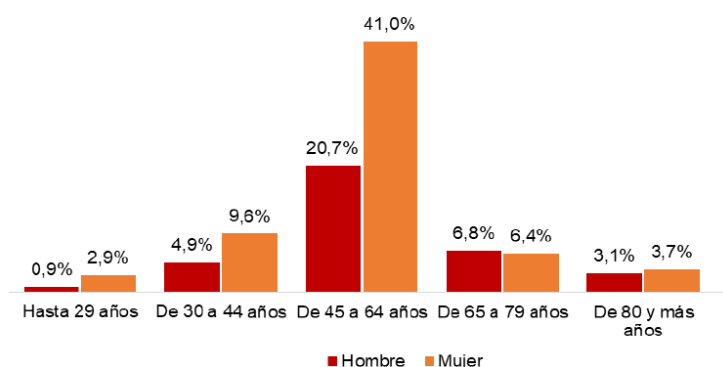
Com s'ha esmentat en el punt anterior, les cures anomenades "informals" són les cures *no remunerades, no professionals* dutes a terme per familiars, veïns o amics dins l'àmbit privat de la família (Duran,2018).

La cura està esdevenint una *peça clau* en les anàlisis de política social tant en els estudis i anàlisis desenvolupats per sociòlogues feministes com per especialistes de l'Estat de

Benestar (Carrasco, Borderías i Torns, 2011). Es fa necessari però, revisar el model social europeu que des dels seus inicis oblidà o no considerà, la importància del treball de cures (Moreno, Recio, Colom i Torns, 2016). Encara avui, la inclusió pràctica, real i eficient de la cura i del treball de cures en els sistemes de provisió social pública, constitueix una problemàtica, un clar repte, urgent i pendent de resolució en una societat que viu una crisi de cures que afecta al gènere, als canvis sociodemogràfics, als canvis en la composició i estructura de les llars familiars, al sobreenvelliment de la nostra societat, entre altres.

L'enquesta de Discapacitat, Autonomia personal i Situacions de Dependència (EDAD-2020)⁴⁰ duta a terme per l'INE i publicada a l'abril de 2022, mostra en els seus resultats que actualment les persones de 80 anys o més són cuidades en un 59,1% per fills i filles (18% els fills, i 41,1% les filles). I quasi la meitat (48,1%) de les persones en situació de dependència i/o discapacitat de 45 a 79 anys són cuidades per seva parella o cònjuge. Entre les persones joves amb discapacitat o diversitat funcional, de 6 a 44 anys, set de cada deu són cuidades per les mares majoritàriament (59,3% per la mare i 10,55 pel pare). Aquestes dades, mostren clarament que *la família, i en major mesura les dones, són encara de forma majoritària, les persones responsables de la cura dels seus familiars en situació de dependència*. El perfil de la persona cuidadora, segons el gràfic que figura a continuació, continua essent majoritàriament la figura d'una dona d'edat mitjana (entre 45 i 64 anys). S'observa també que les generacions més joves exerceixen treball remunerat en la majoria dels casos -82,63%- fet que reafirma, les dificultats de conciliació i les tensions per a les generacions formades per dones de mitjana edat.

Gràfic 3.1 Perfil figura que cuida
Perfil del cuidador principal por sexo y grupo de edad
 Porcentajes sobre el total de cuidadores de ambos sexos

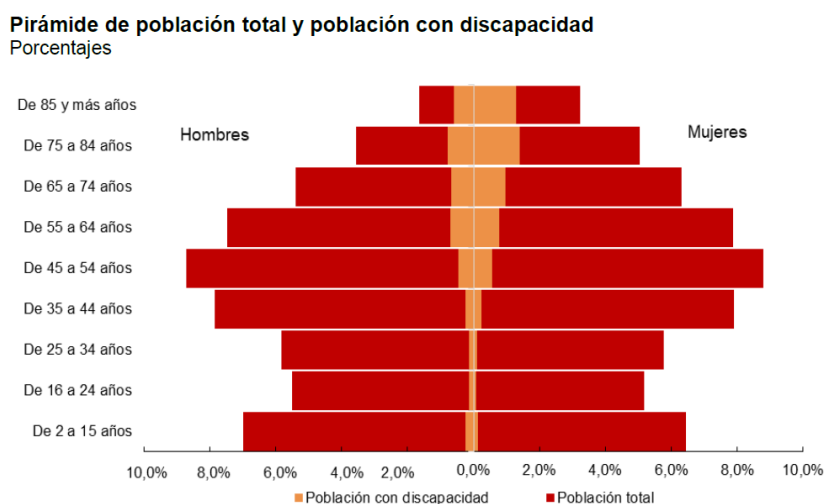


Font: INE (2022) Enquesta de Discapacitat, Autonomia personal i situacions de dependència.

⁴⁰Encuesta de discapacidad, autonomía personal y situaciones de dependencia. (EDAD,2020) INE 2020 https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176782&menu=ultiDatos&idp=1254735573175

Referent a la proporció de persones de 6 i més anys amb discapacitat i problemes en la seva autonomia personal o situacions de dependència a Espanya, si es compara amb la darrera enquesta realitzada el 2008, ha augmentat un 14%. Ha augmentat més en el cas dels homes, un 17,1% més que en la darrera enquesta i un 11,9% en el cas de les dones. Per sexes, les dones presenten més discapacitat i situacions de dependència que els homes, lligat, entre altres factors, a una esperança de vida més llarga. (Gràfic 3,2). La taxa de discapacitat se situa en 2020 a 81,2 per mil entre els homes i en un 112 per mil entre les dones.

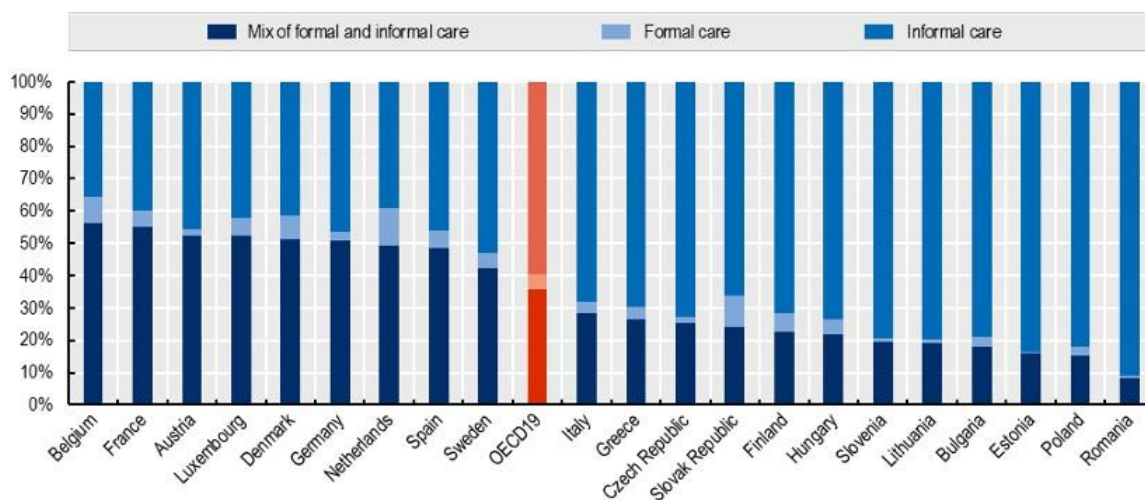
Gràfic 3.2 Població total i amb discapacitat



Font: INE (2022) Enquesta de Discapacitat, Autonomia personal i situacions de dependència.

Segons l'Informe *Supporting informal carers of older people: policies to leave no carer behind* (OCDE, 2022) sis de cada deu persones receptores de cura més grans de 65 anys reben només cura informal.

Gràfic 3.3 El 60% mitjana OCDE rep només cura informal



Note: older people refer to those aged 65 years and older. Country-specific sample weights and unweighted OECD average. Source: OECD calculations based on the Survey of Health and Retirement Survey in Europe, wave 8 (data refer to 2020).

Font: OCDE (2022) a partir de l'enquesta SHARE (Survey of Health and Retirement in Europe) enquesta a partir de dades longitudinals a 28 països europeus i Israel que s'inicià el 2004.

Aquest informe de l'OCDE (2022) incorpora els efectes COVID-19 en la pressió a la cura informal. El quadre següent recull alguns punts claus de l' informe:

Quadre 3.2 Resum punts clau *Supporting informal carers of older people* (2022)

Suport bàsic i principal a la gent gran	Constitueix el principal suport de la gent gran. El 60% de les persones grans només reben aquest suport. El 14% del suport és proveït per dones de més de 50 anys.
El suport informal reforça les desigualtats de gènere	La raó prové de la desigual distribució entre homes i dones de les tasques de cura i domèstiques. La franja de 50-65 anys és la més feminitzada i és la que presenta més bretxa de gènere, a partir dels 65 anys la bretxa és menor perquè són més susceptibles de rebre el suport de la parella (tot i que elles fan més feina domèstica i cures que ells). Si la mitjana d'edat de l'OCDE de la persona cuidadora és de 61 anys, Espanya és el país amb l'edat mitjana més alta de tots els països, que és de 76 anys d'edat. Grècia i Portugal la segueixen, amb 73 i 70 anys, i Itàlia també supera la mitjana OCDE amb 65 anys.

Impacte de la cura informal en la participació laboral	L'impacte del treball de cures en la participació laboral de les dones és evident. El nombre d'hores que es cuida impacta directament: 20h setmanals ja afecta però cuidar 40h setmanals té un impacte molt gran en la participació laboral associant-se al treball a mitja jornada. El percentatge de persones cuidadores que treballa a temps parcial era més alt que els que no treballaven, estaven jubilats o treballaven fora de casa a temps complet. Per altra banda, una de cada quatre persones cuidadores sense feina cuidava almenys 20h setmanals, i una de cada sis amb feina a temps complet. Hi ha evidències que algunes dones ja tenien més probabilitats d'estar inactives abans de començar a cuidar.
Impacte de la COVID-19 sobre la cura informal	La COVID-19 ha agreujat els reptes de la cura informal ja que moltes persones cuidadores han hagut de fer front a les Cures de Llarga Durada (CLLD) sense poder comptar amb serveis disponibles. Els costos econòmics han estat alts.
Serveis d'atenció, formació i respir	La passada dècada els països OCDE han creat serveis d'atenció, formació i respir adreçats a cuidadors/es informals. En molts països la formació i l'atenció recau en el voluntariat. A Alemanya té establert un servei d'atenció i formació a vinculat a prestacions en efectiu per a les persones cuidadores. Així i tot, els serveis de respir són insuficients. La major part de països brinda espais de respir en espècie.
Prestacions a la cura informal	Al voltant de dos terços dels 33 països de l'OCDE estudiats ofereixen prestacions en efectiu a les persones cuidadores informals. Aquestes o bé es paguen directament a la persona cuidadora mitjançant un subsidi per a cuidador (67% dels països); o pagat a aquells que necessiten cura, almenys una part de la qual s'utilitza al seu torn per compensar la figura dels cuidadors familiars registrats formalment (39% dels països). Els Països Baixos, Suècia i el Regne Unit (Anglaterra) ofereixen ambdós tipus de beneficis en efectiu. Els Països Baixos i Alemanya disposen de prestacions en efectiu integrals, amb un contracte registrat entre el beneficiari de l'atenció i la persona cuidadora i cobertura de la seguretat social.
Regulació de les prestacions monetàries	Les prestacions en metàl·lic que estan més estrictament regulades tendeixen a oferir més protecció a les persones vulnerables, incloses les persones treballadores no declarades del mercat "negre". Es detecten beneficis més regulats als Països Baixos i a Suècia. Una major regulació de les prestacions en efectiu reduiria el mercat laboral "negre" i permetria un millor seguiment de l'atenció, especialment l'atenció domiciliària. Les prestacions en metàl·lic són una eina adequada per prevenir la pobresa i l'exclusió social. Al mateix temps, les polítiques sobre les prestacions en efectiu haurien de garantir que la compensació no atrapi els cuidadors a càrrec mal pagats.
Cotització a la Seguretat Social per part de les persones cuidadores.	Les prestacions de la Seguretat Social són fonamentals per garantir que els/les cuidadors/es tinguin uns ingressos dignes quan es jubilin, que puguin pagar l'assistència sanitària i que puguin cobrar la prestació d'atur. Al voltant d'un terç dels països enquestats no ofereixen cobertura de Seguretat Social vinculada a la prestació en metàl·lic, i si els països ho fan, sovint està lligada a condicions estrictes específiques
Suport a persones cuidadores que	Hi ha un compromís creixent per donar suport a les persones cuidadores informals que combinen feina i cura. Quatre països van introduir permís de cura retribuït

combinen feina remunerada i cura	durant l'última dècada: Àustria, la República Txeca, Alemanya i Luxemburg. Gairebé dos terços dels països ofereixen alguns drets d'excedència per tenir cura d'un membre de la família, ja sigui remunerat o no. Aproximadament la meitat dels països ofereix algun tipus de permís retribuït per tenir cura, que acostuma a limitar-se a una durada més curta. Els països nòrdics europeus i Polònia en general tenen les compensacions més generoses. Bèlgica té el permís públic més llarg per a un beneficiari d'atenció mèdica no terminal (un màxim de 12 mesos), que els empresaris només poden rebutjar per motius empresarials seriosos.
Poca flexibilitat laboral per a conciliar cures i treball remunerat.	Als països de l'OCDE, més de la meitat dels empleats tenen el seu horari laboral estrictament establert per la seva empresa. Tot i que les respostes polítiques de COVID-19 van provocar una adopció general del teletreball, els acords de treball flexibles específics per als cuidadors segueixen sent poc habituals.
Les dones dediquen el doble d'hores que els homes al suport informal	Entre els països de la OCDE, les dones tenen una dedicació de 4,4 h de treball no pagat que inclou la cura d'infants i gent gran en front les 2,3h dels homes. Les dones també són les responsables de 2/3 del treball domèstic a casa i a la comunitat. Els homes, les dones, l'Estat i el sector privat tots han de donar resposta a la cura, sigui remunerada o no. Les tendències en relació al temps, apunten que les dones han reduït el temps dedicat al treball domèstic i a la cura no remunerada, en part degut als avenços tecnològics però el comportament dels homes quasi no ha canviat. Això té relació amb els models de cura parentals, ja que els infants tendeixen a imitar el comportament dels propis pares respecte al treball remunerat i al que no ho està. És molt probable, que la desigualtat de gènere es mantingui estable en l'atenció a la gent gran en un futur proper.
La cura és més una obligació que una elecció.	En alguns països, una proporció gran de cuidadors/es se senten obligats/des a tenir cura per pressions normatives, socials o necessitat. Als Països Baixos, el 36% de les persones enquestades va decidir cuidar "perquè era el seu deure", el 20% perquè eren els "més adequats per fer-ho", el 15% perquè "eren les úniques que podien fer-ho", Només un 7% deia que "ho trobava agradable" i el 3% perquè la persona destinatària no volia altres mitjans.(Brouwer et al, 2005). Un altre estudi britànic deia que mentre el 81% cuidaven per elecció, el 65% de tots els enquestats deia que aquesta elecció estava limitada -independentment de si deien que la cura era una elecció-.(AlJanabi, Carmichael i Oyebode,2017); A Canadà 2/3 de les dones grans sentien que no tenien més remei que assumir aquesta responsabilitat versus el 58% dels homes.(Arriagada, 2020).
Cuidar impacta en la pròpia salut mental i física	Hi ha estudis que evidencien que la salut mental és més pobre en les persones cuidadores. (Comissió Europea, Direcció General d'Ocupació, Afers Socials i Inclusió, 2021). Un estudi alemany trobà que l'impacte a la salut mental s'esvaeix en cinc anys.(Schmitz i Westphal, 2015). Diversos estudis correlacionen cura informal i salut física(Comissió Europea, Direcció General d'Ocupació, Afers Socials i Inclusió, 2021)
La cura informal contribueix	A França la cura informal contribueix en un 0,5-19% del PIB o 21.000 milions d'euros.(Roy, 2019); Al Regne Unit, la cura informal a gent gran i adults s'estima que és d'un 2,1 a un 3,5% del PIB anual.(National Audit Office, 2018). Al Canadà

econòmicament en el PIB.	es calculà que la cura informal costava entre 25.000-26.000 milions de CAN. Els costos totals de la seva butxaca eren de 1.400 CAN anuals el 2016 i es preveu augmentin a 2.300 CAN el 2031. (Institut Canadien d'Information Sanitaire. Als EUA s'estima que el cost d'oportunitat de cuidar pujà a 522.000 milions de dòlars anuals el 2011-12).
---------------------------------	--

Font: Elaboració pròpia a partir de *Supporting informal carers of older people: policies to leave no carer behind* (OCDE, 2022)

3.5.3 La figura de la cuidadora familiar no professional al món rural

La figura d'una dona madura d'entre 55 i 70⁴¹ anys d'edat -anomenada gestora de la generació frontissa⁴² (López Villanueva, 2006), que cuida els més vells (persones de 85 anys i més) els més petits (els néts/es) i acull els fills/es (en divorciar-se o perdre la feina) a casa, constitueix un pilar encara avui a l'hora d'organitzar socialment la cura al món rural lleidatà. *Aquesta figura constitueix una mena de nova extensió de la família tradicional on conviuen varies generacions.* El model de cura informal, treball no remunerat, dut a terme per dones de forma "naturalitzada" i sotmès a una gran invisibilitat social, suposa una elevada i "no escollida" sobrecàrrega de treball dut a terme en situació de desigualtat, a falta de coresponsabilitat masculina, pública i comunitària. Aquesta figura de "dona permanentment disponible" pel que fa a tasques domèstiques i la cura dels familiars actualment va en descens, però encara és vigent al territori rural lleidatà. "Si abans existien dues persones potencialment cuidadores per persona dependent, actualment en algunes zones rurals, no n'hi ha cap". "El descens de les persones potencialment cuidadores a Espanya, és més acusat en el món rural" (Elizalde-San Miguel, 2017)⁴³. Segons aquesta autora, l'estructura demogràfica de les zones rurals està funcionant com a promotora de canvis en la forma d'exercir la cura perquè els mitjans amb que compten les famílies s'han reduït i tot i que hi hagi persones més grans, donada l'esperança de vida, les relacions al sí de la família han canviat.

⁴¹ Segons IMSERSO(2014) el perfil de la persona cuidadora a Espanya és femení en un 83%, d'entre les persones cuidadores, el 43% són filles, el 22% són esposes i el 7,7% són les joves de les persones cuidades. L'edat mitjana era de 52 anys; un 60% de les persones cuidadores comparteixen domicili amb la persona cuidada

⁴² López Villanueva, Cristina (2006): "*Alguns l'hem anomenada "generació frontissa", ja que entorn d'ella es poden articular fins a tres generacions diferents a les quals transfereixen ajudes i afectes: la generació dels néts, la dels fills i la dels mateixos pares que encara sobreviuen. D'altra banda, constitueixen una generació frontissa perquè esdevenen la generació de pas que ha fet possible el canvi d'una família complementària a una de més simètrica. Han afavorit les transformacions familiars, primer perquè han invertit en l'educació dels fills més ben formats de la història, i després perquè han pogut vetllar per la logística i la base material perquè aquest canvi s'hagi pogut donar*" (pàg. 23).

⁴³ Les hipòtesis de les que parteix Elizalde-San Miguel s'apliquen i parteixen de les zones rurals de Navarra

Pot ser que ja no visquin a prop els uns dels altres, pot ser que les filles o efectius femenins hagin marxat a formar-se i a estudiar o a trobar una feina fora, pot ser que el contacte entre els fills sigui menys freqüent o indirecte o que qui s'hagi quedat en el món rural sigui un fill i no una filla, fet que el posiciona a adoptar una actitud o una altra en relació a l'organització de la cura (Elizalde-San Miguel,2017).

Davant la relació existent entre envelliment i augment de dependència en la realització de les activitats de la vida diària i augment de necessitat d'atenció a llarg termini, i com a resposta adaptativa a la crisi global, el medi rural ha adoptat estratègies de mercantilització de l'activitat d'atenció i cura de les persones grans en aquest àmbit d'atenció a raó de l'envelliment de la població -més accentuada als pobles- (Soronellas,2011), la incorporació de la dona al món del treball i la insuficiència dels sistemes d'atenció institucionalitzats. Les transformacions econòmiques a l'entorn rural lleidatà incideixen en els canvis, formes i estructura de les llars familiars, i també en la modificació de les pautes familiars tradicionals, de forma que aquestes generacions "suport", que són els familiars actius sobre els que es recolzen les persones grans dependents, cada cop han de ser més "resilients" i flexibles a la responsabilitat i la càrrega que suposa la situació de salut de les persones envellides i sobreenvellides en el món rural. En aquest sentit, "les poblacions rurals fan front a la seva situació de desequilibri i difícil sostenibilitat, augmentant la resiliència (McManus et al. 2012; Trabalzi y de Rosa, 2012).

A les terres de Lleida, coexisteixen avui formes tradicionals de família amb xarxes de parentiu nuclears i postnuclears o postmodernes. Podria dir-se que ens trobem en una *situació de transició*. La *família troncal catalana*⁴⁴ o família pairal, on un dels fills resta al costat dels seus pares i els cuida quan són grans encara conserva els seus vestigis, almenys com a model cultural, sobretot a les comarques de l'Alt Pirineu i Aran, als nuclis més petits, tot i que va en declivi. Tot i els canvis al sí de les famílies actuals, aquestes constitueixen la base actual i real de les cures, qui se'n fa càrrec, qui se'n responsabilitza, per tant, la família és la principal proveïdora de les cures (Duran, 2002). Avui dia cal diferenciar entre la *prestació activa (cura directa)* de dedicació a les tasques de la llar i de cures i la *disponibilitat* per a la cura, és a dir, actualment són les dones qui es fan càrrec o assumeixen major "disponibilitat", entesa aquesta com a "estar present, o fer-se càrrec de les cures, atenció, gestió o organització", més aviat es podria entendre

⁴⁴ A Catalunya coexistien dues formes d'organització i reproducció familiar: la primera és la família troncal, que apareix en el dret foral català i està més estès per la Catalunya Vella i sembla associada a la pagesia amb terres (propietaris i masovers) i amb aquells sectors socials en els que la producció de béns i serveis té una naturalesa domèstica (artesans, petits comerciants, camperols). La segona fa referència a la família conjugal o neolocal que es troba més arrelada a les classes populars urbanes i a als jornalers agrícoles, a la part més meridional de Catalunya (Assier -Andrieu,1981; Terradas 1980; Roigé, 1988; Comas d'Argemir, 1988)

com a assumptió de responsabilitat, com a actitud. I la prestació activa de les cures avui es desplaçaria cada cop més al mercat, en aquest sentit, parlariem de “cura activa”. Aquest criteri diferenciat, segons Duran (2018) seria el causant de moltes de les diferències de resultats en les enquestes sobre els temps de cura actuals.

3.5.4 El treball de cures remunerat

El treball de cures remunerat és el dut a terme per persones treballadores de cures a canvi d'una remuneració o benefici. Aquestes suposen una gran diversitat dins dels serveis a les persones: el personal d'infermeria, els metges, personal treballador de cura personal i altres. Les persones treballadores del servei domèstic, que presten cura directa i indirecta a les llars, també integren la força de treball dedicada a la prestació de serveis (OIT:2017)⁴⁵. La majoria de les persones treballadores de cura remunerada són dones, sovint immigrants, i quan treballen en l'economia informal ho fan a canvi d'un salari molt baix. L'Enquesta de Població Activa (EPA) recull que a finals del primer trimestre de 2020 hi ha 576.000 persones a l'Estat espanyol ocupades com a personal domèstic a la llar⁴⁶. Així i tot, el treball de cures remunerat sovint es duu a terme dins l'economia informal o submergida, per tant, és impossible dur-ne a terme una quantificació real. Segons l'EPA, d'aquestes persones, el 87,6% són dones i el 12,4% restant són homes (Observatori IQ, 2020). El treball de cures remunerat previsiblement seguirà essent una font d'ocupació en un futur, en particular per les dones. El treball de cura es configura avui com a sector laboral específic (Recio,2010) dins d'una societat de “crisi de cures” (Hochschild: 2008; Simonazzi: 2009).

El empleo de servicio aparece ahora como una necesidad pública y privada a la vista de la evolución económica y social. Paliativo de las carencias del Estado, remedio frente a la desestructuración familiar, expresión de unas nuevas relaciones entre hombres y mujeres, el empleo familiar designa el lugar de una mutación de la organización del trabajo entre la gratuidad y el salario, la intimidad y el salario, la intimidad y la publicidad, la emancipación de las mujeres y la tradición de la función femenina. (Fraisse, 2000)

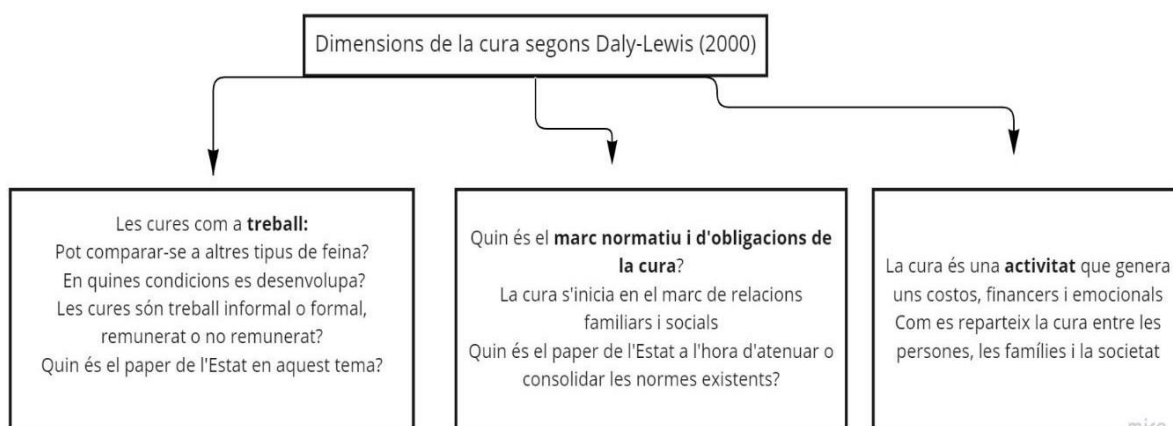
⁴⁵OIT 2017, Informe El trabajo de cuidados y los trabajadores del cuidado para un futuro con trabajo decente

⁴⁶ Evidentment, l'EPA només recull el treball regulat o formal. La xifra de treball irregular o informal és molt alta en aquest sector, com es veurà en les pàgines següents

3.6 La cura social

Daly i Lewis (2000) plantejaren l'ús del concepte de cures com a categoria d'anàlisi en relació als Estats de Benestar (EB): *We argue the case that it is impossible to understand the form and nature of contemporary welfare state without a concept like care*. Daly i Lewis (2000:282).

Quadre 3.3 Dimensions de la cura



Font: Elaboració pròpia a partir de Daly i Lewis (2000)

El concepte de *cura social* és un concepte pluridimensional que inclou considerar les cures com a treball, el seu marc normatiu i sistema d'obligacions i els costos financers i emocionals que genera com a activitat. La cura social faria referència *al conjunt d'activitats i relacions que intervenen en la satisfacció de necessitats físiques i emocionals de les persones adultes dependents i de les nenes i nens, i els marcs normatius, econòmics i socials en els que s'assignen i desenvolupen* (Daly i Lewis, 2000). Aquestes sociòlogues analitzen les cures en la seva dimensió laboral, el marc normatiu i d'obligacions que inclou el paper de l'Estat i l'anàlisi de la cura com a activitat tant generadora de costos econòmics, com emocionals. Daly i Lewis (2000) posen la seva atenció en com interseccionen públic i privat (Estat i família, Estat i prestacions de Mercat), allò formal i informal, remunerat i no remunerat, i altres. També assenyalen que l'EB cada cop està incorporant més el concepte de cures

dins de les seves polítiques, i com en les darreres dècades s'ha assistit a un desplaçament en *l'economia mixta de benestar o Welfare mix*, des d'un Estat proveïdor de prestacions monetàries i serveis en favor de les famílies i del sector del voluntariat. El paper del mercat en relació a les cures està tenint, per altra banda, cada cop més protagonisme.

La *cura social* s'introduí sobre el plantejament (Lewis, 2007) de la necessitat d'aconseguir un nou acord o pacte social similar al de les societats de la postguerra i els EB europeus. La cobertura de les necessitats de cura social se situarien al costat de la universalització de la sanitat o l'educació a les societats europees del segle XX. Des d'aquesta òptica l'estudi de l'Estat de Benestar només adquireix sentit epistemològic si s'enllaça amb la idea de cura social. Lluny de ser una qüestió privada o familiar a resoldre, la cura social fa referència al conjunt d'activitats i relacions de caràcter material, afectiu i simbòlic, vinculades a les necessitats de cura de les persones reconegudes com a dependents. (Carrasco, Borderias, Torns, 2011).

Daly i Lewis fan un intent conceptual de transcendir dicotomies com: treball formal i informal, remunerat o no remunerat, fragmentació de les cures per grups d'edat: infants i gent gran i altres i defineixen les cures com a *metaconcepte o activitat transversal* que travessa àmbits diversos i conté suficient potencial analític com per a ésser inclòs dins els EB. La seva aplicació preveuria la creació d'una infraestructura de cures que pot ser analitzada en termes de serveis o a nivell monetari, és a dir, cal centrar-se en uns serveis i unes prestacions concretes en EB concrets. En relació a la divisió del treball, responsabilitat i costos de les cures, cada sector hauria de contribuir en la càrrega global de les cures : família, mercat, Estat i voluntariat sota la noció de *welfare mix*. Pel que fa a la distribució de les cures cal una distribució de la càrrega de les cures entre homes i dones, entre les famílies i el paper de l'Estat.

3.7 Les cures de llarga durada o *long term care*, dependència i discapacitat

Les cures de llarga durada (CLLD d'ara en endavant)⁴⁷, són el sistema d'activitats dutes a terme per cuidadores no professionals i no remunerats (familiars, amics o veïns) o professionals (sanitaris, socials o altres) o ambdós, per a aconseguir que una persona

⁴⁷ en anglès *Long Term Care (LTC)*

que no és totalment capaç de cuidar de sí mateixa mantingui la millor qualitat de vida possible d'acord amb les seves preferències individuals, com el major grau possible d'independència, autonomia, participació, realització personal i dignitat humana. (OMS i Milbank Memorial Fund, 2000: 8).

La Comissió Europea (CE) en el seu principi 18, del Pilar Europeu de Drets Socials (PEDS) de 2017, reconeix que *tota persona té dret a cures de llarga durada assequibles i de bona qualitat, en particular d'assistència a domicili i serveis comunitaris* (Comissió Europea, 2017). Sota aquest principi, es recull l'experiència de desenvolupament de les CLLD en els diferents règims o models d'EB de la UE durant els darrers trenta anys amb la voluntat de reforçar el dret social a prestacions socials i econòmiques i en serveis a l'hora d'oferir protecció a les persones en situació de dependència.

El concepte de CLLD s'utilitza dins la terminologia sanitària a partir dels anys setanta en els països occidentals davant la presència dels canvis demogràfics relacionats amb l'envelliment i en el marc de la globalització i del Welfare mix. La OCDE endega una sèrie de passos davant l'acceleració de l'augment de necessitats de les persones grans en situació de dependència, els canvis demogràfics com l'envelliment i la menor disponibilitat de persones cuidadores informals. Publica una sèrie d'informes periòdics ⁴⁸a partir del 2003, com per exemple *Long Term Care for Older People (2005)*⁴⁹ on hi figuren les tendències i comparació de 19 països de la OCDE en relació a la seva organització social de les cures de llarga durada. Analitza variables en cada país com el nivell pressupostari, el finançament privat i públic de serveis, l'atenció LTC, el nombre de destinataris d'atenció i el tipus de serveis. Proposa la noció de *continuum of care que es refereix al treball continuat i conjunt de les cures a la llar i la comunitat, tenint en compte que les persones grans volen viure el màxim de temps possible a casa seva*. Les CLLD s'entén que haurien de mantenir-se mentre sigui necessari i la persona ho requereixi, és a dir, no es tracta d'oferir cura puntualment sinó de tenint en compte el factor edat i l'envelliment de la persona i la progressió d'algunes situacions de dependència. Així, les

⁴⁸OCDE (2021) <https://www.oecd.org/els/health-systems/long-term-care.htm>

⁴⁹L'informe de 2005 també apunta a la complexitat de les tasques de cura de llarga durada i a la necessitat de dur a terme una millora en la coordinació del suport d'acord a les necessitats de cada persona. Aquest *continuum of care* segons la OCDE (2005) ha de tenir en compte tant les situacions de persones malaltes agudes, persones amb necessitats de rehabilitació com la necessitat de les cures de llarga durada. La potenciació d'estratègies per a estimular les cures a casa alhora que posar un focus especial a les persones que sofreixen demència i a qui les cuida. Els països de la OCDE, a finals de la dècada dels noranta, situaven la seva proporció de despesa pública entre un 0,2% fins a un 3% respecte al PIB nacional. Com es veurà en el capítol següent, Espanya encara no s'havia iniciat en relació a la provisió social de cures. En aquells moments, tot just s'iniciava el Plan Gerontológico (2002-2005) i distava molt d'equiparar-se a la resta de països de la OCDE en relació a la provisió social i atenció a les cures de llarga durada. L'any 2000, Espanya era un dels països que menys despesa social destinava a aquest tema, un 0,6% del PIB. El finançament provenia predominantment de fons privat i com a país mediterrani, el *familiarsme* apuntava directament a la família -les dones- com a responsable de la cura de les persones grans que viuen una situació de dependència. (Veure el capítol 4, que desenvolupa aquesta qüestió amb més profunditat)

CLLD requereixen de *suport continuat* per a dur a terme les Activitats de la vida diària (AVD).

Continuum of care- in the sense of better coordinated care that puts the right mix of services in place- is vital for people receiving care at home and in the community. Enabling older people to stay at home as long as possible can help greatly to improve the situation of many older persons with care needs and it is what most want. (OCDE,2005:11)

Amb dades de referència del 2019, Espanya destina el 0,7% del PIB a les polítiques de CLLD. Si es compara amb el 0,6% que destinava l'any 2000 (OCDE,2005) l'augment d'inversió pública ha estat insignificant. Aquest fet situa a Espanya entre els països amb menys despesa social adreçada a les cures tenint en compte l'alt percentatge a Espanya, 28,8% (2019) de persones de més de 65 anys amb necessitats de cura de llarga durada.

Quadre 3.4 Persones que requereixen CLLD i inversió pública per països

País i regim de benestar en relació a les CLLD	Percentatge de persones de + 65 anys que necessiten CLLD	% despesa pública en CLLD del PIB
Dinamarca- Règim benestar nòrdic	14,9%	3,4%,
Suècia Règim benestar nòrdic	12,3%	3,3%,
Alemanya- Règim benestar continental	18,5%	1,7%
França Règim benestar continental	24%	1,9%
Itàlia- Règim mediterrani	28,7%	1,7%
Espanya- Règim mediterrani	28,8%	0,7%
Polònia – Règim Est Europa	36%	0,8%
Romania- règim Est Europa	56,6%	0,4%
Lituània- règim bàltic	34,8%	1%
Estònia- règim bàltic	26,6%	0,4%
Irlanda- règim benestar liberal	20,9%	1,3%

Font: Elaboració pròpia a partir d'OCDE

A Espanya, un comitè d'avaluació del Sistema de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de Dependencia (SAAD) format per un conjunt d'experts en aquesta matèria, ha fet públic amb ajuda dels fons europeus Next Generation, el setembre de 2022, l'Informe de Evaluación del SAAD on reconeix que les cures informals dutes a terme majoritàriament pel gènere femení, encara són les que sostenen les CLLD, davant el paper, "complementari" -es podria dir, però, residual a la

pràctica-, del sector públic:

Los cuidados informales siguen siendo la columna vertebral de los CLD, no solo en los países de la UE sino, en general, en la mayoría de los países (Rocard y Llena-Nozal, 2022). Los sistemas públicos complementan estos cuidados y a veces los sustituyen, pero la importancia y centralidad de los cuidados informales, mayormente desempeñados por mujeres, sigue siendo una realidad social que caracteriza a los CLD. Ahora bien, la socialización creciente de los CLD mediante la intervención pública en los diferentes modelos públicos de CLD se configura como un derecho social que se reconoce después de una determinada forma de valoración de la situación de dependencia que da acceso a un paquete de prestaciones y servicios. (Informe de evaluación del SAAD, 2022:19)

Per altra banda, aquest informe remarca la tendència a la convergència institucional entre països europeus cap a la provisió social de CLLD “hay que destacar la convergencia cognitiva e institucional de los diversos modelos europeos de CLD, el reforzamiento del derecho social de atención a la dependencia, el desarrollo de servicios y prestaciones de proximidad y la atención integral y centrada en la persona (AICP)” (Informe de evaluación del SAAD, 2022:15)

La tendència del model social europeu de CLLD, i dins d'aquest el SAAD(Llei 39/2006) és el d'oferir un sistema de cobertura universal basat en el reconeixement del dret subjectiu de les persones que hauria de garantir l'accés a totes les persones que sol·liciten la valoració de la dependència funcional i obtenen el seu reconeixement en algun dels graus de dependència previstos per la Llei. Aquesta llei feia un gir respecte al tipus d'atenció assistencial i de protecció de la Seguretat Social, en els casos de dependència causats per invalidesa. (Informe de Evaluación del SAAD,2022).

Les CLLD són dutes a terme amb persones que es troben en una situació de dependència alhora que de discapacitat per raó d'edat i/o malaltia. *El concepte de dependència i el de discapacitat* poden coincidir en un moment determinat i es tracta de conceptes molt propers en el seu significat, però mentre la dependència fa referència a la pèrdua d'autonomia o necessitat de suport d'altres persones per a dur a terme les activitats bàsiques de la vida diària⁵⁰, el concepte de diversitat funcional o discapacitat (física, mental, intel·lectual o sensorial) fa referència a les limitacions a l'hora de participar en condicions de plenitud en la societat. La Convenció per als Drets de les Persones amb Discapacitat (CDPD) de les Nacions Unides, aprovada a Nova York el 2006, ratificada per Espanya el 2008, considera com a propòsit, en el seu article 1:

⁵⁰ Les Activitats bàsiques de la vida diària (ABVD) són aquelles que es porten a terme quotidianament per tenir cura d'un mateix i per a fer una vida autònoma com ara la cura personal, les activitats domèstiques bàsiques, la mobilitat essencial, reconèixer persones i objectes, orientar-se, entendre i executar ordres o tasques senzilles. Les AVD, segons el Llibre Blanc de la Dependència, són aquelles que una persona haurà de realitzar per poder viure d'una manera autònoma, integrada en el seu entorn habitual i executant el seu rol social

Promoure, protegir i assegurar el gaudi ple i en condicions d'igualtat de tots els drets humans i llibertats fonamentals per totes les persones amb discapacitat, i promocionar el respecte de la seva dignitat inherent. Dins les persones amb discapacitat s'hi inclouen les que tenen deficiències físiques, mentals, intel·lectuals o sensorials a llarg termini que, en interactuar amb diverses barreres, poden impedir la seva participació plena i efectiva en la societat, en igualtat de condicions amb les altres. (CDPD,2006)

La CDPD advertia de la necessitat d'eliminar les barreres físiques i socials i les restriccions permanents en la mobilitat per a que les persones amb discapacitat equiparin els seus drets a la resta de persones en quan respecte a la seva dignitat inherent, autonomia i independència, la no discriminació, la participació i inclusió plenes en la societat, el respecte a la diferència i l'acceptació de la diversitat, la igualtat d'oportunitats, l'accessibilitat, la igualtat entre dona i home i el respecte a l'evolució de les facultats i els drets dels infants.

El concepte de dependència fa referència a "l'estat de caràcter permanent en què es troben les persones que, per raons derivades de l'edat, malaltia o discapacitat, i lligades a la falta d'autonomia física, mental, intel·lectual o sensorial, els cal l'atenció d'una o altres persones o ajudes importants per a la realització de les activitats bàsiques de la vida diària o, en el cas de les persones amb discapacitat intel·lectual o malaltia mental, altres ajudes per a la seva autonomia personal." Llei 39/2006, de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència.

La dependència és multicausal o multidimensional ja que hi ha factors biològics, socioculturals, ambientals i econòmics que sovint interseccionen i provoquen que una persona requereixi l'ajuda d'una altra o de cert recurs o producte de suport. Ens podem trobar amb persones amb discapacitat que no són dependents en el sentit són capaces d'un cert grau d'autonomia per a viure soles o fins i tot dur a terme les AVD sense dificultats o sense l'ajuda de tercers amb l'ajuda de certs recursos que promouen l'accessibilitat. Poden existir casos de discapacitat en les que no es reconegui una situació de dependència, però difícilment una persona amb dependència pot no ser reconeguda amb discapacitat. Una persona en situació de dependència es reconeix automàticament com a persona amb discapacitat quan se li atorga el grau mínim o el 33%. En canvi, una persona amb un grau baix de dependència, puntual o transitòria, com per exemple, en el cas de recuperació d'una malaltia o accident, potser no seria considerada com a discapacitada. (Informe Evaluación del Sistema de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de Dependencia, 2022).

En realidad, la discapacidad es un atributo inseparable de la dependencia (todas las personas en situación de dependencia lo son a consecuencia de una discapacidad), pero no al revés, pues hay situaciones de discapacidad que no implican la existencia de dependencia (no todas las personas con discapacidad son dependientes). Las personas en situación de dependencia son personas con discapacidad que presentan una más acusada ausencia de capacidades para atender por sí mismas las necesidades de la vida ordinaria, y que precisan, por tanto, de apoyos externos (personales, técnicos, o ambos) más intensos para llevar a cabo las actividades corrientes de la vida. (Informe Evaluación del SAAD, 2022:275).

El caràcter de permanència, de limitació de l'autonomia i de dificultat de realització de les AVD serien variables determinants d'una situació de dependència. Moltes de les situacions de dependència van lligades a l'edat i a la malaltia, i en molts casos es van agreujant a mesura que passa el temps. Majoritàriament les malalties cròniques i degeneratives són les que causen més dependència, tot i que les malalties agudes, si no hi ha una bona recuperació, a vegades també. El factor edat és un agreujant però no un causant, és a dir, l'envelliment en sí mateix no causa dependència, però sí les afeccions i les pèrdues relacionades amb l'edat.

3.8 Persones beneficiàries i necessitats de cura de les persones grans en situació de dependència

Segons l'indicador de limitació de l'activitat global de l'enquesta europea de salut (EHIS) de 2019, quasi una persona de cada tres (30,9%) d'uropees i europeus de 65 anys o més que viu a casa seva té necessitats de suport i cura. En nombres absoluts estem parlant de 30,8 milions de persones, de les quals, 17 milions serien potencialment demandants de CLLD, o el 19% de les persones de 65 anys o més. "La necesidad de cuidados en 2050 se estima que alcanzaría al 8,9% del tramo de edad de 65 a 69 y, en el otro extremo, al 30,7 de las personas con 85 años y más" (Informe Evaluación del Sistema de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de Dependencia, 2022:18).

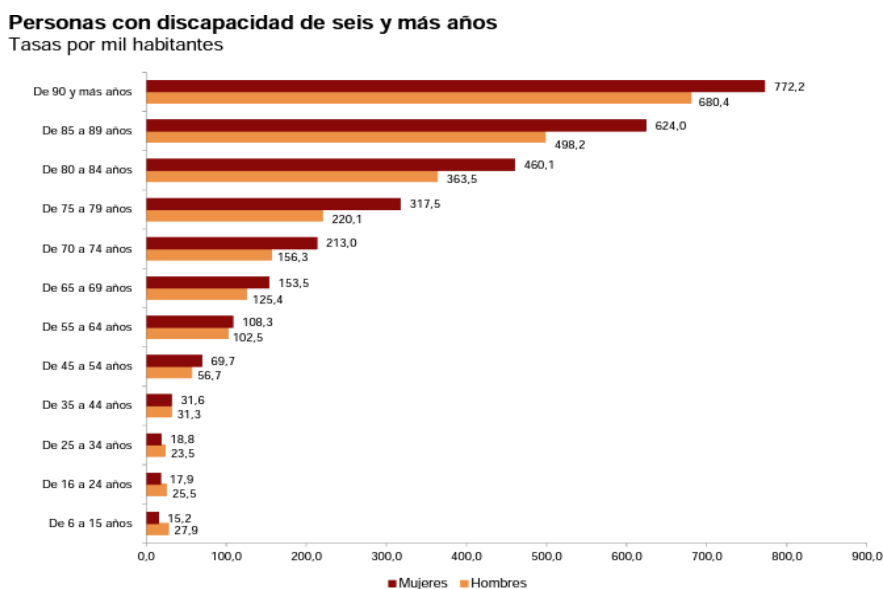
Es fa difícil quantificar les persones en situació de dependència perquè hi ha persones que es troben en aquesta situació i no han sol·licitat ni la prestació o serveis a la dependència ni tenen reconeguda una discapacitat. Segons dades provinents d'un fitxer d'IMSERSO (2020) sobre la demanda efectiva de reconeixement de la discapacitat i la dependència, que combina el nombre de persones amb discapacitat reconeguda que també es troben en situació de dependència, s'estima de 3.752.740 persones incloses en la base de dades de valoració de la discapacitat però no en la del SAAD. Per altra banda, 955.862 estan incloses en les bases del SAAD però no en les de discapacitat, i

997.442 estaven incloses en ambdues bases de dades (Informe Evaluación del Sistema de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de Dependencia, 2022:276).

De les persones incloses en el primer fitxer que conté tant dades de discapacitat com de dependència, 3.412.086 tenien reconegut com a mínim un 33% de discapacitat, mentre que 1.422.845 tenia reconeguda la dependència. Coincideixen 740.419 persones amb els dos reconeixements, que suposa el 21% del total de les persones en situació de discapacitat d'almenys el 33%, i el 52% del total de persones amb algun grau de dependència reconeguda.

Per a l'objecte d'estudi d'aquesta tesi, és més significativa la informació que es desprèn de la darrera Encuesta (EDAD, 2020) aplicada en exclusiu a domicilis familiars. Segons aquesta, a Espanya un total de 4,38 milions de persones residents en llars afirmaren tenir discapacitat o limitacions el 2020.

Gràfic 3.4 Persones amb discapacitat 6 o més anys



Font: INE. EDAD 2020

Referent a les causes de la discapacitat i/o dependència, els problemes de mobilitat figuren com a primera causa, amb un 54% del total de persones amb discapacitat. El 46,5% tenen problemes per a dur a terme les tasques domèstiques, el 30,6% per l'autocura, el 27,6% per problemes auditius, el 23,6% per problemes visuals, el 23% per problemes de comunicació, el 15,8% té problemes d'aprenentatge i el 13,6% per a relacionar-se amb els altres. L'enquesta EDAD (2020) assenyala que d'aquestes causes, en les tres primeres, observen un clar augment en les persones de més de 85

anys d'edat (65,1%, 64,5% i 48,5%).

Taula 3.1 Tipus de discapacitat de persones de 6 o més anys

Tipo de discapacidad de personas de seis y más años por grupo de edad
Porcentajes

	Total	De 6 a 44 años	De 45 a 64 años	De 65 a 79 años	De 80 y más años
Total (miles personas)	4.318,1	533,1	1.156,9	1.232,1	1.396,0
Movilidad	55,7%	38,2%	53,1%	55,0%	65,1%
Vida doméstica	46,5%	38,1%	34,6%	40,8%	64,5%
Autocuidado	31,6%	25,7%	20,2%	25,7%	48,5%
Audición	28,5%	12,4%	21,2%	31,0%	38,5%
Visión	24,3%	17,9%	24,7%	23,9%	26,9%
Comunicación	21,9%	31,8%	13,4%	15,0%	31,4%
Aprendizaje, aplicación del conocimiento y desarrollo de tareas	16,3%	28,5%	10,2%	10,3%	22,1%
Interacciones y relaciones personales	14,1%	32,5%	12,3%	6,8%	14,9%

Nota: Una misma persona puede estar en más de una categoría de discapacidad

Font: INE. EDAD 2022

3.9 Estat actual dels serveis i prestacions derivats de la Llei de la Dependència al territori lleidatà

Segons l'article 31, nº 2 de la Llei 12/2007, d'11 d'octubre, que dona la base legal i les directrius principals del sistema de Serveis Socials a Catalunya, *les comarques supleixen els municipis de menys de vint mil habitants en la titularitat de les competències pròpies dels serveis socials bàsics que aquests municipis no estiguin en condicions d'assumir directament o mancomunadament*. D'acord amb aquest caràcter descentralitzat, les Àrees Bàsiques de Serveis Socials (ABSS) constitueixen "la unitat primària de l'atenció social a l'efecte de la prestació dels serveis socials bàsics". Al territori de Lleida hi ha tretze ABSS corresponents a les dotze comarques lleidatanes, a les que cal sumar-hi la de la ciutat de Lleida, de caràcter municipal.

Els Serveis Socials es despleguen a través del que s'anomena Cartera de Serveis, que és l'instrument que determina el conjunt de prestacions de la Xarxa Pública de Serveis d'Atenció Pública. Les prestacions dins la Cartera de Serveis de dos tipus: els Serveis Socials bàsics o els especialitzats. Els bàsics, són polivalents, comunitaris i preventius i s'adrecen a tota la població. Els serveis especialitzats es presten per mitjà de serveis, programes i recursos adreçats a certs col·lectius, que requereixen d'una atenció específica. El cas de les *persones en situació de dependència* fa referència a aquests serveis especialitzats que són: serveis comuns per a persones amb dependència: serveis de prevenció de la dependència, serveis de valoració de la dependència, servei de transport adaptat i servei centre per a l'autonomia personal. I, en específic en el cas

de les persones grans en situació de dependència o risc social hi hauria: servei de centre de dia per a gent gran de caràcter temporal o permanent. Servei d'atenció integral a les persones grans en l'àmbit rural. Serveis de centres residencials per a gent gran. Servei família d'acollida per a gent gran i el Servei de tutela per a gent gran. (Pelegrí, 2021: 168 en Les ruralitats). La Cartera de Serveis⁵¹ hauria de revisar-se cada quatre anys, no obstant, i aquí s'observa el primer problema, encara és vigent la de 2010, segons l'Informe Els Serveis Socials a les comarques de Lleida (2023).

Existeix una eina estratègica de planificació territorial, el Pla Estratègic de Serveis Socials que té una duració de quatre anys i ha de contenir un procés participatiu a més de la participació dels òrgans coordinadors dels consells comarcals i municipals. A través d'aquesta eina de planificació es concreta la distribució de recursos que s'adreçarà a cada territori, per exemple, en forma de "contractes programa". És a partir d'aquests, que cada Consell Comarcal podrà organitzar-se, disposar de fons econòmics i desplegar una sèrie de serveis.

La mateixa Llei 12/2007, en la disposició addicional segona, afirma que "les àrees bàsiques de serveis socials han de tenir una dotació de tres persones graduades en treball social i dos professionals diplomats en educació social per cada quinze mil habitants. Segons el Pla Estratègic del 2010, l'any 2008 encara no s'havia assolit la ràtio per a tot Catalunya, perquè "hi havia una mitjana de 2,56 professionals treballadors socials i 1,32 educadors socials per cada 15.000 habitants" (Generalitat, 2010: 72 en Julià Traveria et al., 2023:49 Els Serveis Socials a les Terres de Lleida). En aquest estudi, es planteja la qüestió de que les ràtios hagin de respondre al nombre d'habitants, per una banda, ja que haurien de respondre a les necessitats reals del territori, i per altra banda, caldria considerar les condicions del medi físic, com ara, la dispersió territorial, l'orologia i el fet que molts habitants no resideixen als caps de comarca o municipis més grans, dificulta l'eficiència i

⁵¹ Segons la Llei 12/2007, la Cartera s'ha d'aprovar per decret del Govern de la Generalitat, el qual ha de garantir, per a la seva elaboració, la participació del Consell General de Serveis Socials, el Comitè d'Avaluació de Necessitats de Serveis Socials i el Consell de Coordinació de Benestar Social. És aquest últim òrgan de coordinació, creat l'any 2010, el que, en relació amb les polítiques públiques de serveis socials, ha de "vetllar per llur equitat territorial i articular-se amb els sistemes d'educació, salut, cultura, ocupació, habitatge i justícia" (Julià Traveria et al. 2023: 47)

La Cartera de Serveis Socials distingeix entre les prestacions garantides que, amb els requisits que defineix, seran exigibles com a dret subjectiu, i prestacions no garantides, que només ho seran d'acord amb les disponibilitats pressupostàries i atenent als principis de prelación i concurrència. Les persones destinatàries de les prestacions establertes són les que estan en situació de necessitat social, especialment les persones amb dependència o discapacitat; en risc o en dificultat social, ja siguin gent gran, infants o adolescents; les persones amb malaltia mental, drogodependències i altres addiccions; la delinqüència juvenil o persones sotmeses a mesures d'execució penal, vulnerabilitat, exclusió o urgència social, o persones víctimes de violència masclista, discriminació, exclusió social o pobresa. Com s'ha dit, la Cartera de Serveis Socials 2010-2011 està formada per 138 prestacions, de les quals 108 són de serveis; 26, econòmiques, i 4, tecnològiques. Fins a 76 prestacions de la cartera hi són garantides. (Pelegrí, 2021:167) en Les Ruralitats. Els micropobles de Lleida.

eficàcia de la cobertura d'atenció professional. I tot i que segons Pelegrí (2021) en algunes comarques de l'Alt Pirineu i Aran hi ha una sobrerrepresentació de professionals segons el nombre d'habitants, això no passa en comarques com ara el Pla d'Urgell i l'Urgell que en disposen d'un nombre insuficient. En relació a aquesta qüestió cal considerar el grau de disseminació dels municipis, que en algunes comarques com el Solsonès (65%), el Pallars Jussà (22%), l'Alt Urgell (18%), la Noguera (12%) i la Segarra (12%), tenen alts percentatges de dispersió.

Per altra banda, les xifres corresponents als Serveis d'Atenció Domiciliària adreçats a les persones grans presenten una alta disparitat entre comarques. Segons Pelegrí (2021:175)

La disparitat és tal que crida l'atenció que hi hagi des de Consells que dispensen menys d'una hora a l'any (45') com a mitjana a cada ciutadà d'aquesta edat, com seria el cas de l'Urgell, fins a altres que hi destinen més de 9 hores/any, com el Solsonès, o més de 10 hores/any, com l'Alta Ribagorça (Pelegrí, 2021:175 en Les ruralitats, els micropobles de Lleida),

Segons Els serveis Socials a les comarques de Lleida (2023) “ateses les condicions físiques, algunes de les problemàtiques en diverses comarques prepirinenques — la Noguera, el Solsonès i l'Alta Ribagorça— augmenten el cost del treball dels serveis socials.” (Julià Traveria et al.2023:58) i afegeixen: “els contractes programa i les hores del SAD social sembla que són sensibles a les diferències físiques que influeixen en les persones usuàries i les professionals dels serveis socials.” (Julià Traveria et al.2023:58).

A aquest fet, s'hi uneix la necessitat del component “mobilitat” al qual algunes comarques, com és el cas del Solsonès, s'adscriu, a l'hora de desplegar els Serveis Socials en els casos d'alta dispersió territorial. Alhora, s'observa una manca de transport públic en algunes comarques, que dificulta la mobilitat dels seus habitants.

La comarca amb el percentatge de població disseminada més elevat és el Solsonès, i és tan alt que ha fet que les permanències periòdiques a tots els municipis sigui inviable. Actualment, un equip dels SBAS fa permanències un dia Els serveis socials a les comarques de lleida 62 Ruralitats, proximitat i distància a la setmana a Sant Llorenç de Morunys, on s'até les persones usuàries de Guixers i la Coma. Això respon també a la dinàmica de mobilitat de la població de la comarca del Solsonès, la qual no depèn dels SBAS, lògicament. (Julià Traveria. 2023:62)

El factor mobilitat doncs, és essencial en el món rural, i incideix directament en les condicions de vida de les persones grans, i més en casos de situacions de dependència,

aïllant, per exemple pobles que es troben a poca distància però en els que no hi ha cap mena de transport o mitjà de mobilitat (si no és privat).

La falta de mobilitat als pobles mitjans i petits té influència en la migració de la població local cap a pols d'atracció laboral, i això, al seu torn, repercuteix en la separació en l'espai de les relacions familiars, una situació que agreuja en alguns contextos la vulnerabilitat durant l'envelliment. (Julià Traveria. 2023:63)

Els mateixos autors, en l'informe esmentat (2023) mostren, a partir de dades qualitatives, com els pobles s'han "buidat de gent", restant la gent gran en molts casos, isolada. S'assenyalen, d'acord amb l'anàlisi sociodemogràfica d'aquesta tesi, els canvis i transformacions en la capacitat de suport familiar i comunitari per part de l'estructura de parentiu a més d'una disminució del paper del suport comunitari que caracteritzava la ruralitat tradicional.

Al Segrià la ruralitat té com a particularitat una transformació de les estructures familiars que s'organitzaven al voltant del treball i la cultura agrícoles. Avui dia, el sector primari continua tenint un rol fonamental en l'economia de la comarca, però les relacions de treball i parentiu s'han transformat ràpidament. (Julià Traveria. 2023:65)

Un altre factor al que fa referència aquest estudi és el "desfasament entre tècniques administratives de llegibilitat, és a dir, les classificacions, les regionalitzacions, els mapes, els criteris de prelación o la selecció que implementen les administracions per gestionar recursos i una població objectiu" (Julià Traveria,2023:67), això és, les àrees bàsiques de salut i les àrees de serveis socials, perquè hi ha diverses comarques que es troben enmig de dues àrees de salut, i a més a més la dispersió de serveis afecta de forma especial a les persones amb més vulnerabilitat, com és el cas de les persones grans dependents i amb discapacitat.

En relació als Centres de dia, segons Pelegrí (2021) a les terres lleidatanes el 2020 n'hi havia 80, i a totes les comarques n'hi havia almenys un. Així i tot, molts s'ubiquen en centres residencials i hi ha un predomini de centres de dia privats o d'iniciativa mercantil en comparació als públics. La cartera de serveis de 2010-11 proposava la creació de Serveis d'Atenció Integrals adreçats a persones grans en l'àmbit rural, segons Pelegrí (2021) encara es troben en vies de desplegament i al territori lleidatà només hi consta el de la Granadella (Comarca de les Garrigues).

L'externalització dels serveis adreçats a les persones constitueix un fet que van iniciar els consells comarcals però que la Generalitat ha continuat a través de les prestacions vinculades. Aquesta externalització es fa a un baix preu, fet que facilita l'entrada de grans corporacions o empreses que poden presentar ofertes a un preu molt baix i que, per a tenir beneficis, ho han de fer a costa de la precarització del personal laboral.

3.10 Bretxa de gènere i cures al món rural

*El capitalisme opera en el mercat i en allò públic,
i el patriarcat opera en l'espai domèstic i privat,
a les cases.*

Amaya Pérez-Orozco, 2014

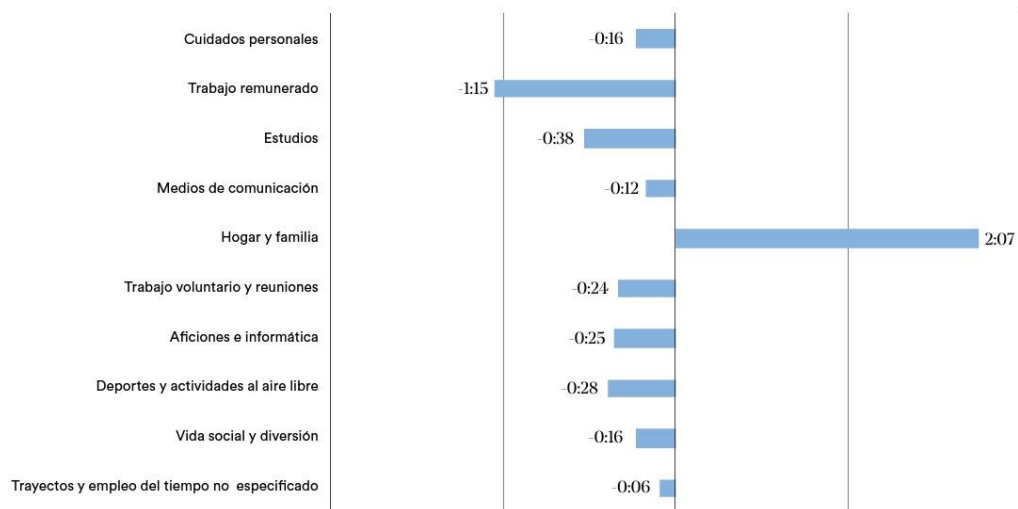
La variable gènere és cabdal en l'anàlisi de les cures, per la seva posició diferencial respecte els homes, l'enorme pes que encara té la cura informal, la repercussió pel que fa als desequilibris relacionats amb la *pobresa de temps* (Hochschild, 1997) *equilibri família-treball* (Boushey & Anderson, en "Work-life balance", 2013) i la "sobrecàrrega o esgotament femenins" (Rai, Hoskins & Thomas en "Depletion: The cost of Social Reproduction", citat per Fraser, 2016:111). Aquests desequilibris són més intensos en les àrees rurals i les dades constaten que la *bretxa de gènere* s'intensifica en aquest àmbit. Les dones rurals dediquen una mitjana de dues hores i set minuts més que els homes a la llar i la família, i aquest fet incideix en tots els altres àmbits de la vida de les dones: en el treball remunerat, en la cura personal, en la dedicació als estudis, les aficions, el temps lliure, els esports i a la vida social. El 85% de la bretxa de gènere pel que fa a la conciliació en el món rural està relacionada amb els desequilibris i manca de corresponsabilitat respecte a les tasques domèstiques i de cures (ClosinGap, 2022:58). Segons l'informe *Bretxa de gènere en el món rural* (ClosinGap, 2022), el cost d'oportunitat qualitatiu de la bretxa de gènere al territori rural espanyol, es pot observar, com ja s'ha comentat, des de molts àmbits: a nivell demogràfic, el medi rural es despobra i perd pes sobre la població total, es masculinitza (mentre el món urbà es feminitza); les dones nascudes al món rural són més proclius a emigrar que les dones urbanes; la població rural envelleix, sobretot en el cas de les dones. Afecta a l'ocupació, la formació i la mobilitat: la taxa d'activitat és menor en el món agrari -la de les dones és menor que la dels homes.

La taxa d'ocupació és també menor i tot i que la taxa d'atur sigui menor, persisteix la bretxa de gènere. El nivell educatiu de les dones més joves rurals és cada cop més

gran. El treball autònom és més gran entre les dones però aquestes no solen tenir assalariats al seu càrrec i el teletreball també és més utilitzat per les dones que per homes. La bretxa de gènere afecta també a la conciliació del temps i en el fet que la doble jornada s'intensifica en el món rural.

Gràfic 3.5 Diferència en la dedicació de temps per activitat i gènere en municipis rurals.

Diferencia de la duración media diaria (DMD) por actividades entre mujeres y hombres que habitan en municipios rurales (diferencia M-H; hh:mm), 2011



Fuente: Afi, a partir de la última Encuesta de Empleo del Tiempo del INE (2011).

Font: ClosinGap, (2022)

Finalment, afecta en l'exercici de la propietat agrícola: les dones rurals estan infrarrepresentades en el treball la propietat i la presa de decisions dins de les explotacions agràries (ClosinGap,2022:17⁵²).

3.11 Globalització, crisi de cures i de reproducció social

El proper capítol aprofundeix en aquesta qüestió, tot i així, aquest darrer paràgraf apunta a un dels conceptes centrals d'aquesta tesi: La crisi de cures.

La filòsofa feminista Fraser⁵³ (2016), en la seva anàlisi sobre les contradiccions del capitalisme relaciona l'actual crisi de cures tot integrant-la en una crisi generalitzada de reproducció social. "Les cures, que comprenen tant treball afectiu com material y sovint es duen a terme sense remuneració, són indispensables per a la societat. Sense elles

⁵² ClosinGap 2022. <https://closinggap.com/actividad/brecha-en-el-medio-rural/>

⁵³ Nancy Fraser se situa en el camp del feminisme socialista. Destaca la seva teoria sobre el paper que han tingut la redistribució (injustícia econòmica i de classe) i el reconeixement (injustícia de la dominació cultural, entre altres) en relació a la justícia social. El seu darrer llibre,(2019) amb Cinzia Arruzza i Tithi Bhattacharya Feminism for the 99% A Manifesto, on desplega la idea que el feminisme ha de ser anticapitalista, antiracista i ecosocialista.

no hi podria haver cultura, ni economia, ni cap mena de societat que sistemàticament debiliti la seva reproducció social pot perdurar massa” (Fraser,2016:111). Fraser identifica la fase actual o tercer règim de capitalisme globalitzat financiaritzat com la fase en que s’ha traslladat la fabricació a regions de baix salari, ha reclutat dones a la força de treball remunerada al mateix temps que ha dut a terme una desinversió estatal i empresarial del benestar social. En paral·lel i com a conseqüència, s’ha dut a terme l’externalització de les tasques d’atenció cap a les famílies i comunitats, de forma que els Estats han disminuït les capacitats per a realitzar-la, i afegeix “el resultat enmig de la desigualtat creixent, és una organització dualitzada de reproducció social mercantilitzada per a aquells que poden pagar-la privatitzada per als que no poden, recolzat sobre l’ideal de família amb dos sous” (Fraser,2016). Els discursos hegemònics oficials sobre l’estat actual de les polítiques de CLLD van en aquesta direcció, la desintitucionalització dels serveis de cures en favor de la comunitat i de la família. Com assenyala Martínez-Buján (2022: 259) “La fórmula de organizar los cuidados a través del empleo del hogar y otras personas remuneradas responde a una estructura familista modificada, donde se externalizan las actividades, pero se mantienen dentro del hogar y en manos femeninas, es decir, replicando el modelo de organización familiar tradicional”.

D’aquesta manera, el marc actual dibuixa una crisi en la capacitat d’organitzar i assumir la reproducció social, ja que aquesta depèn més que mai dels propis individus i la seva capacitat individual d’organitzar-se, individus, situats en un escenari cada cop més desigual. D’aquí sorgeix el que s’ha anomenat crisi de cures. La Crisi de cures (Hochschild, 2008; Simonazzi, 2009) sorgeix a partir de la transformació de les estructures tradicionals pel que fa a la divisió sexual del treball. Es fa visible quan convergeixen la presència massiva de dones al mercat laboral i l’augment de les situacions de dependència vinculades a la vellesa i a la discapacitat.

Una resposta de les llars a les tensions generades per la pressió de cuidar ha estat la *externalització de les cures*, que passen a inscriure’s en els circuits de la globalització degut a la contractació generalitzada de cuidadores estrangeres (Comas D’Argemir,2014). Segons Brullet (2012) “vivim una crisi legal i normativa del model occidental de família construït al llarg del segle XIX i XX.”. Per tant, “la crisi del model patriarcal de família implica la crisi del model d’organització de la cura de la vida, segons el qual les dones n’eren els subjectes actius principals.

Molts dels debats actuals dins del feminisme acadèmic situen el paper que avui té la reproducció social dins les contradiccions pròpies de les pròpies fases del sistema

d'acumulació capitalista. Totes les formes de societat capitalista alberguen una contradicció social-reproductiva profundament assentada: d'una banda, *la reproducció social* és una condició de possibilitat d'acumulació de capital sostinguda, i de l'altra, l'orientació del capitalisme cap a l'acumulació il·limitada tendeix a desestabilitzar els processos de reproducció social en què es basa (Fraser,2016). És a dir, el sistema capitalista, en sí mateix, imposa una específica relació entre els processos de producció de mercaderies i serveis i el de reproducció social de la població. Una societat capitalista es defineix pel seu ús del treball assalariat per a produir mercaderies. L'accés als mitjans de subsistència està mediatitzat pels salaris per la majoria de la població. Aquesta mediació, conseqüència de la propietat privada dels mitjans de producció determina l'específica relació entre procés de producció i procés de reproducció social (Pichio,1999). La fase del capitalisme actual dona el protagonisme al capital financer per a disciplinar els Estats i allò públic en interès dels inversors privats, sobretot per a exigir desinversió pública en la reproducció social i "l'emancipació s'uneix a la comercialització per desvirtuar la protecció social"(Fraser,2016).

El capítol següent se centra en el que hem anomenat l'espai global, que ens demana un exercici sociològic d'imaginació sobre les conseqüències de la globalització en les cures.

Capítol 4. L'ESPAI GLOBAL. CONSEQÜÈNCIES DE LA GLOBALITZACIÓ EN L'ESCENARI ACTUAL DE LES POLÍTIQUES PÚBLIQUES QUE INCIDEIXEN EN LES CURES EN EL CONTEXT MEDITERRANI.

La cura se n'ha anat al cel en el terreny ideològic, però a la pràctica, se n'ha anat a l'infern. (Hochschild, 2008:13)

Aquest capítol contextualitza l'objecte d'estudi en base al sistema de protecció social vigent en els països mediterranis, el familiarisme i el consegüent familisme com a trets bàsics que caracteritzen l'organització social de la cura al territori lleidatà. Per a fer-ho, s'inicia amb un breu recorregut històric sobre els règims de benestar mediterranis i els trets bàsics dels països del Sud d'Europa. Les institucions dels països mediterranis històricament feren ús de concepcions culturalment interioritzades a través de governs oligàrquics, exclusions populars extremes, dictadures feixistes, connivents amb formes de dominació religiosa, com la moral catòlica, que atorga clarament rols diferenciats entre gèneres i contribuïen a la legitimació d'una divisió sexual del treball. La cura s'ha erigit sobre profundes i estructurals desigualtats de gènere. Les polítiques públiques han promogut el fet que la cura resti fora de l'esfera política i pública, naturalitzant el fet que són les famílies, i dins d'aquestes, les dones, quin se n'ha de fer càrrec. Per a comprendre l'escenari actual es descriuen els efectes de la globalització sobre el familiarisme mediterrani i com afecta als fenòmens demogràfics emergents com el sobreenvelliment i les polítiques de cures de llarga durada.

4.1 Precedents dels règims de benestar mediterrani: dictadures i catolicisme

Moreno (2002) defineix el model de benestar mediterrani com un règim amb uns estils de vida i unes necessitats diferenciades, on la família es constitueix com a factor essencial de microsolidariat complementària a l'estatal. Així mateix, assenyala que si es pretén comparar les realitats de diferents estats europeus, cal observar variables referents a l'estructura dels mercats laborals de cada país, les polítiques familiars i el gènere, que en el cas dels països mediterranis contribueixen a explicar per què no hi ha hagut processos desfamiliaritzadors en aquests països del sud d'Europa.

Si hom s'endinsa en factors històrics, l'embranchada econòmica i financera dels països nordeuropeus ja havia començat al segle XVI als Països Baixos i a Gran Bretanya. Cap a 1800, "ja s'observen els efectes d'una revolució agrícola que havia creat un sistema d'explotació rural eficient, capitalista i comercialitzat" (Giner,1995). La força d'aquests canvis, durant els segles XVIII i XIX, dista molt del ritme de creixement econòmic dels països de l'Europa del sud que iniciarien cap a finals del XIX i principis del XX la seva expansió a nivell industrial. Els països centre i nordeuropeus, incorporen reformes bismarkianes: assegurança contra la malaltia(1883), contra accidents de feina (1884), i assegurança contra la invalidesa i la vellesa (1889), i posteriorment l'Informe Beveridge (1942) estableix reformes a la Seguretat Social.

En aquest context i acabada la II Guerra Mundial, es desplegaren els Estats de Benestar a l'Europa central i escandinava, legitimats per polítiques de tall keynesià, que tingueren una *època daurada* o "trenta anys gloriosos" (1945-1970) sostinguts per taxes elevades d'activitat masculina i en l'acció complementària de la família. A partir del treball no remunerat de les dones a la llar, "una combinació de polítiques socials, keynesianisme, taylorisme i segregació de gènere s'afavorí la generalització de l'"*affluent worker*" o treballador pròsper" (Moreno,2018) fins la dècada dels setanta -crisi del petroli- en que s'inicia l'*edat de plata* dels Estats de Benestar (1973-2007) (Taylor-Gooby,2003). En aquest punt, teòrics de diferents ideologies coincidiren en la dificultat de "conciliar la lògica de l'Estat del Benestar amb la del creixement capitalista" ja que l'Estat de Benestar provocava una confrontació entre la legitimació dels sistemes democràtics i els dispositius d'acumulació capitalista (Moreno,2018).

Els països mediterranis, immersos en dictadures i polítiques proteccionistes, no participaren d'aquest procés i quan ho van fer, durant les dècades dels vuitanta o noranta del segle passat, l'avanç de processos globalitzadors, l'adveniment de polítiques econòmiques neoliberals i un replantejament per part de les polítiques europees i de la OCDE cap al *Welfare mix* condicionaren el procés. Guillén, González-Begega i Luque Balbona (2016) consideren que el model de benestar mediterrani és un "híbrid" d'altres models en el sentit que "hi ha un element corporatista sobre el que descansen les pensions, un component socialdemòcrata en els sistemes de salut i educació i un fonament liberal en relació a l'assistència social" (Guillén González-Begega i Luque Balbona, 2016:263). Molts autors però, posen en dubte el fet que es puguin establir comparacions entre polítiques públiques entre aquests països i la resta dels països europeus, degut a la importància dels

factors culturals i històrics, que a més a més de les variables econòmiques, polítiques i socials condicionen o no experiències compartides (Flaquer,2004; Castles,1993).

Condicionants històrics:

La història dels països de l'Europa meridional s'ha caracteritzat des de principis del s.XIX, segons Giner⁵⁴ (1995:14-17) per:

1) Govern oligàrquics i exclusió popular extrema: la crisi dels quatre antics règims preindustrials de Portugal, Espanya, Itàlia i Grècia, participant en les guerres contra Napoleó (Espanya i Portugal) i l'imperi otomà (Grècia). Sorgeix a partir d'aquí un acaparament oligàrquic i guerres civils obertes, com per exemple de 1820 a 1869 a Grècia amb la tzàquia o clan del notables i la cort, que fou possible pel petit paper de la burgesia, la gran població rural, i la primera penetració estrangera que es recolzava amb préstecs estrangers als polítics del país.

2) Consolidació burgesa i exclusió popular: més tard, les burgesies comercials utilitzaren la façana parlamentària per a enquadrar-se en partits moderns que es caracteritzaven per l'exclusió de les classes populars, la persecució dels sindicats, caciquisme electoral que portà a governs rotatoris entre burgesos liberals i conservadors (venizelistes a Grècia, giolittistes a Itàlia, mauristes a Espanya). Aquest període acaba amb les pèrdues colonials de finals de s.XIX (Portugal perd Angola i Mozambic, Espanya perd les colònies americanes i l'holocaust grec de 1922).

3) Dictadures feixistes o de tall feixista: a causa dels desordres de la petita burgesia exclosa i els reptes de governs republicans, aparegueren coalicions de partits feixistes que imposaren el seu ordre mitjançant autocràcies, dictadures i mesures econòmiques proteccionistes i modernitzadores des "de dalt" s'imposaren prohibint les llibertats civils de la població.

4) Ordre constitucional democràtic liberal en el marc del corporatisme capitalista: l'esgotament de les fórmules dictatorials i l'aventurisme militar provoquen la fi de les dictadures a Itàlia, a Grècia i a Portugal. A Espanya, la urbanització, l'èxode rural, el creixement de les classes mitjanes i la prosperitat econòmica posen en qüestió la dictadura i sorgeixen règims parlamentaris.

⁵⁴Giner, S (1995) La senda de la modernización sureña. Cap 1. El Estado del Bienestar en la Europa del Sur. Sarasa, S y Moreno, L.

Condicionants culturals i religiosos:

Leibfried (1992) i Bislev i Hansen (1990) afegeixen el model catòlic, llatí o rudimentari com a propi, equivalent a l'anomenat mediterrani o meridional, dins els models d'EB. Aquest model emfasitzaria el paper de la societat civil com a institució primordial, tindria com a unitat central la família, un compromís amb la plena ocupació i amb el nivell de compensació del benestar baixos. La principal font de finançament serien els mercats i l'Estat, s'atorga importància al voluntariat, a les assegurances del mercat i en relació a l'Estat com a proveïdor de serveis no existeix com a tal. Segons Abrahamsom (1994):

Els principis del model catòlic de benestar apareixen en una sèrie d'encíclicques papals a principis del segle XX. El principi global és el de la subsidiarietat (...) dins de la doctrina social catòlica el principi de subsidiarietat significa que la instància més propera és qui ha de resoldre eventualment un problema. L'individu és, la instància més propera. No obstant, si la persona fracassa en ajudar-se a sí mateixa ha de tornar cap a la família o al clan. Si aquests també fallen, la següent instància és la comunitat local, incloses l'església i les organitzacions civils, tot i que també xarxes informals de veïns. Si aquests també fracassessin en la resolució del problema, per exemple, una pèrdua d'ingressos, s'espera que l'individu estigui assegurat. Així que, quan totes les instàncies mencionades s'han mostrat incapaces de solucionar el problema és quan el sector públic intervé. Per tant el model social catòlic actua seguint una jerarquia d'instàncies, on tan sols la més propera ha d'intervenir en l'ajuda. (...) el model pressuposa una estructura de clientelisme i patronatge que ha estat erosionat pel desenvolupament tardà d'estructures de mercat i de drets polítics i socials.(Abrahamsom,1994:123).

4.2 Familiarisme i familisme del context mediterrani.

Les societats occidentals presencien des de fa dècades, tal i com s'ha exposat en els capítols precedents, d'una gran pressió com són l'envelliment i el sobreenvelliment vinculada a diversos factors: l'augment de l'esperança de vida, millores en la recerca mèdica, una natalitat molt baixa i necessitats emergents relacionades amb les cures de llarga durada, les transformacions en l'àmbit del gènere, entre altres. Hi ha consens, a nivell teòric, en que els països del Sud d'Europa s'insereixen en l'anomenat model o règim de benestar⁵⁵ mediterrani (RB) (Ferrera,1996), amb trets propis com el *familiarisme, familisme, residualisme, corporativisme i tradicionalisme*.

⁵⁵ Els orígens dels Estats de Benestar daten de finals de s.XIX, a través de les primeres assegurances públiques (Bismarck,1880). Un *règim de benestar* constitueix un entramat institucional en el que es combinen recursos legals, materials i organitzatius per part dels seus propis productors (Moreno,2003). Els Estats del Benestar sorgiren doncs, com a mesura de política social i d'intervencionisme estatal després de la II Guerra Mundial i es desplegaren diferenciadament segons els països.

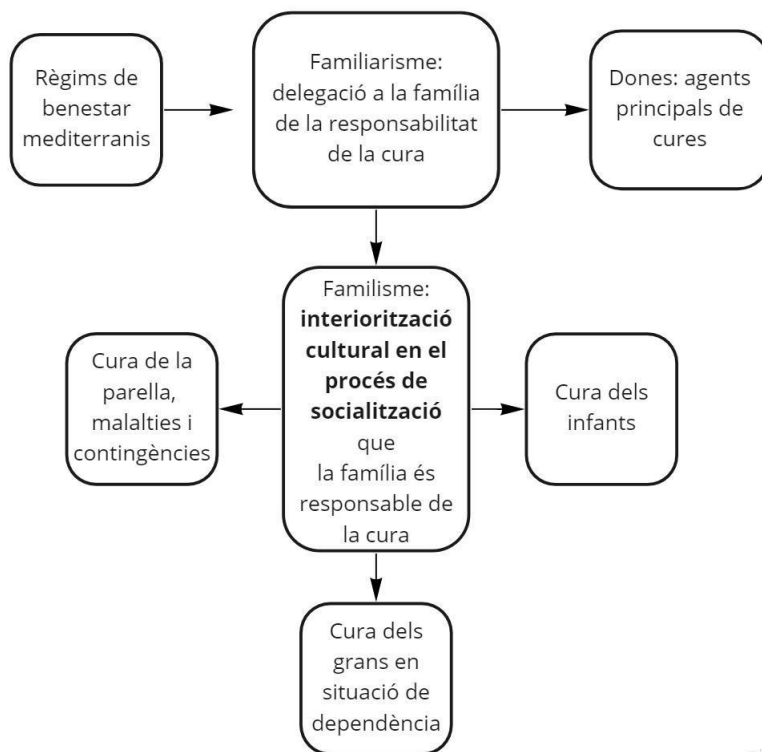
1) Titmuss (1981) apuntava diversos models de política social: el *model residual* de política social del benestar: " es basa en la premissa que existeixen dos camins naturals a través dels quals es satisfan

Aquests països, centrats tradicionalment en un model de cures basat en la família, o més ben dit, encapçalat per la força de treball femenina, veuen agreujades les conseqüències derivades d'aquests canvis culturals, socials, demogràfics i econòmics en paral·lel a l'expansió de la mà d'obra femenina i la seva salarització, posant sobre la taula el valor econòmic i social del treball domèstic i reproductiu (Federici, 2013). Aquest fet, provoca modificacions en la demanda de cures per a la gent gran i en la disponibilitat de treball familiar de cures no remunerat (Bettio, Simonazzi i Villa, 2006).

Els països mediterranis comparteixen el fet que han sofert processos tardans de modernització capitalista, llargs períodes de dictadures i un fort impacte social i institucional de la família i de l'assistència social pública i privada (Rodríguez Cabrero, 2016). A aquest fet s'hi uneixen els resultats d'un context global de tall neoliberal, d'una política global que modifica i introdueix nous elements a aquest règim mediterrani, amb trets específics, que juntament amb el *subsistema migratori mediterrani* (De Lucas i Murillo de la Cueva, 2010) o un Estat de Benestar residual a la pràctica pel que fa polítiques públiques en relació a les cures, corre el risc de deixar-les fora de l'espai polític i públic, potenciant la seva despolitització i promovent de nou una "renaturalització" com a tasca femenina. (Ezquerria i De Eguia Huerta, 2020).

adequadament les necessitats d'un individu: el mercat i la família. Les institucions de benestar social haurien d'intervenir només quan han desaparegut ambdues vies." 2) El model de política social basat en *el logro personal-resultat laboral*: "Les institucions de benestar social com a auxiliars de l'economia. les necessitats socials haurien de satisfer-se sobre la base del mèrit, els resultats aconseguits en el lloc de treball i la productivitat. 3) I el model de *política social institucional redistributiva*: "Es recolza en teories sobre els efectes múltiples del canvi social i del sistema econòmic i en el principi d'igualtat social. Incorpora sistemes de redistribució de la disponibilitat de recursos al llarg del temps"(Titmuss,1981:38-39).

1) Esping-Andersen(1990) definia tres models: *l'anglosaxó, continental i nòrdic*, i després s'afegiria un model o categoria com seria *el Mediterrani* propi dels països del Sud d'Europa. Aquests tipus de règims, s'assimilen a la clàssica versió d'Esping Andersen (1990), en el seu tractat els tres móns de l'Estat de Benestar. Aquest autor es preguntava sobre les diferents formes en que l'Estat, la Família i el Mercat assumeixen i comparteixen el risc individual, que depenia del conjunt de solidaritats de classe existents en cada societat, com a font de poder. D'aquesta manera de la pluralitat de formes de capitalisme sorgien diferents tipus de capitalisme del benestar: *el règim liberal (anglosaxó)*, on el mercat dictamina i s'accepten les seves errades i s'actua només quan aquestes són flagrants, *el conservador-corporativista*(continental) on l'Estat intervé en el manteniment de les diferències de classe i estatus enfortint els llaços familiars, i *el socialdemòcrata (nòrdic)*, que universalitza drets socials desmercantilitzant i obrint el camí cap a la "ciutadania social universal" (Espina, 2002). Aquests models reberen crítiques des del feminisme al·legant que en la formulació d'aquesta tipologia, no es tenia en compte el vessant familiar ni el gènere. Fou al 1999 que Esping Andersen introdueix una reformulació en els models anteriors incorporant les crítiques feministes i introdueix la família i la idea de "desfamiliarització" i "externalització dels serveis domèstics".

Figura 4.1 *Familiarisme i familisme en els països mediterranis*

Font: Elaboració pròpia

El familiarisme, en anglès *familialism*, pressuposa que la família és la principal font d'ajuda social, i no pot o no hauria de fallar mai. Fa referència a l'atribució explícita o implícita a les famílies d'obligacions de cura, seguretat, protecció per part del Dret i les polítiques socials de l'Estat de Benestar (Parella, 2000; Moreno Mínguez, 2004 citats per Añón i Miravet, 2005). El familisme o *familism* és un terme que connota una normativa interioritzada pels individus a través dels processos de socialització i transmesa intergeneracionalment. Es manifesta en un tipus d'estructura i comportament familiar i en la rellevància de la família en la procura del benestar associats no tant a determinades assumpcions ideològiques quan a paràmetres de tipus simbòlic, cultural i normatiu (Añón i Miravet, 2005).

Certes concepcions atribuïdes al concepte de *família*, en aquest punt, serien objecte de revisió, perquè *les famílies*, es podria dir, "encarnen" o reflecteixen, com a entitats vives, els canvis i transformacions constants de la nostra societat. El propi concepte de família ha estat i continua essent, com una mena de recipient al que s'han atribuït funcions i rols històricament condicionats pels contextos ideològics, polítics i històrics. El segon capítol sobre l'Espai de la llar aprofundeix en aquesta qüestió, però no es pot perdre de vista que constitueix un punt clau la reflexió en relació als significats que se li han

atribuït sota paràmetres construïts històricament, culturalment i social. Legitimats pels fonaments morals d'una visió predominant o oficialista de la política social emmarcada dins d'un sistema econòmic hegemònic com és el capitalisme d'arrel liberal i neoliberal, androcèntric, que ha neutralitzat tradicionalment les relacions de gènere i les seves desigualtats.

Els canvis culturals sorgits a Occident a partir dels anys seixanta i setanta del segle passat, i els canvis vinculats al *qüestionament del paper de les dones* que reclamen "tenir veu" plantejant la necessitat de transformar i repensar la vida domèstica, el seu valor com a treball i temps de vida, afecta també a la relació de les dones amb les cures, i afecta directament les famílies, les quals passen de la família tradicional "vehiculada pel matrimoni, que vehicula les relacions d'afinitat, i la consanguinitat, que regia les relacions de filiació" (Berga-Timoneda i Bosch Argelich, 2013:61) a noves formes de vinculació, no necessàriament unides per la consanguinitat ni pel matrimoni, dins l'era postindustrial. La manera d'entendre el parentiu incorpora idees com *l'afinitat i l'elecció*: "persones amb o sense vincles legals o de sang, que es senten molt unides entre sí i desitgen autodefinir-se com una família (Weston, 2003 citat per Berga-Timoneda i Bosch Argelich, 2013: 61). Molts autors manifesten la crisi del patriarcat com a una de les transformacions importants en els països occidentals. Les famílies es desinstitucionalitzen (de les institucions tradicionals anteriors, patriarcals), al mateix temps que, com diu Bauman (2003) a *On the Frailty of Human bonds*, "fragilitzen els seus vincles" i sorgeix una crisi-canvi-traslació d'autoritat d'esferes tradicionals com les famílies i les esglésies, que es tornen menys influents pel que fa a l'orientació de la vida íntima de les persones (Hochschild, 2008).

La relegació de la cura a l'àmbit privat -reproducció social-, domèstic ha estat històricament infranquejable i invisibilitzat, tot i que contínuament reivindicada des dels feminismes. Com s'ha mencionat en el capítol anterior sobre els espais de cura, durant les darreres dècades però, canvien radicalment les concepcions provinents de la teoria política liberal de l'Estat Modern que dividia sexualment les esferes públic-privat, degut a l'entrada massiva de dones de classe mitjana al treball remunerat que ha anat acompanyada d'una crisi de cures i d'una falta de relleu a l'hora de distribuir el treball de cures entre els diferents agents socials. Añón i Miravet (2005) plantegen que "el retrat de les manifestacions del familisme com a estructura normativa arrelada a la consciència social queda incomplet en la seva forma conceptual si es prescindeix de les dinàmiques intrafamiliars que han determinat la distribució -desigual- de rols d'homes i dones en l'àmbit públic i en el privat (Añón i Miravet, 2005:108)

El familiarismo encuentra un sustrato en el sistema jurídico, en la medida en que el derecho ha incorporado tradicionalmente una racionalidad que oculta la subordinación social de las mujeres y una imagen parcial de autoridad, atribuida tradicionalmente al varón (Rubio, 2004). La configuración jurídica del ámbito doméstico-familiar, basado en la consideración «natural» del orden familiar articulado a partir del poder del pater familias y concebido como espacio privado y exento de intervención jurídica, ha experimentado transformaciones relevantes, desde la introducción de medidas jurídicas de control e intervención hasta la afirmación del derecho de familia como garantía de los derechos fundamentales de cada uno de los sujetos que integran la institución. No obstante, la división público / privado sobre la que se ha forjado el orden socio-político moderno aún no ha sido totalmente superada. (Añón i Miravet, 2005:108)

Tanmateix, el *familiarisme* s'havia erigit en els Estats de Benestar mediterranis, paradoxalment, assenyalant la família i negant al mateix temps, o ometent, l'existència de la desigualtat històrica en relació al pes que recau en les dones, desigualment lligades a un contracte social que protegeix els individus sota criteris d'afiliació laboral o el que és el mateix, en funció del treball i el capital. Aquest punt és clau en relació a la realitat de les polítiques de protecció socials dels països mediterranis, encara que també és base dels models bismarkia i beveridgia de protecció social, que ofereixen protecció en funció de la cotització, però sempre sobre la base de la familiarització. "El pacte central de l'Estat de Benestar modern era el subscrit entre capital i treball: el contracte laboral, al qual s'acoblà amb èxit la Seguretat Social (Lewis,2007).

El model d'Estat de benestar⁵⁶ keynesià tenia com a objectiu desplegar polítiques socials que amortissin els riscos dels mercats. En principi, l'atenció estava centrada en dues instàncies: *l'Estat i el mercat laboral*. Fou més tard que, davant les crítiques rebudes pel fet que aquesta relació ometia la *família* i el seu paper com a institució objecte de drets universals i individuals, que passà a utilitzar-se una categoria analítica més àmplia, els *règims de benestar* que permetien introduir l'Estat, la Família i el Mercat. Diversos autors establiren tipologies en relació al grau d'intervenció de l'Estat en relació a les famílies: Castles (1993) a *Families of nations*, argumentà que "hi ha lligams entre els atributs

⁵⁶ Montagut i Sarasa (2009) apuntaven dos tipus d'argumentacions en relació als fonaments morals i en com es justifica normativament la política social. Plantegen dues perspectives a partir de les quals es legitimen els Estats de Benestar (EB): l'una, sota l'anàlisi econòmica, o *economicista* i l'altra, sota l'anàlisi de la filosofia política que procura construir un discurs racional que inclogui els principis d'igualtat i de llibertat d'elecció racionals, aquesta seria la perspectiva *igualitarista*. En aquest sentit, les formes d'intervencionisme estatal com són els EB, han estat debatudes per la teoria social sota el plantejament de si el reformisme social actua amb finalitats altruistes o pretén reduir les desigualtats per contra, és una mesura de control social. Abunden les explicacions que atorguen un paper menor, si és que els en donen cap, als desitjos de reduir les desigualtats, a unes suposades tendències cap a l'augment de la solidaritat, o a la cura del bé comú. Aquestes teories coincideixen a assenyalar que les polítiques socials no són tant fruit d'un projecte altruista per promoure el benestar de tots els ciutadans com uns instruments de control social en benefici d'un «sistema» o d'un «agent social», sigui una elit, un col·lectiu professional, o una classe social. En les seves versions més dures, l'altruisme i l'esperit reformador són inexistents, o bé coartades ideològiques que responen a qualsevol tipus de determinisme funcional. Segons el parer dels autors, el contingut reformador i altruista que acostumen a enaltir tant polítics com professionals del benestar és bastant relatiu, encara que no en puguem negar l'existència. L'argumentació *economicista* planteja una economia del benestar que no contradigui els

familiars com una llengua comuna o les herències colonials sota tutela britànica i els antecedents estructurals de la transformació política contemporània, semblances històriques i culturals per exemple entre els parlants escandinaus, els països de parla germànica i els de parla anglesa". Segons aquesta argumentació, podríem afirmar, que els països mediterranis formarien part d'una "altra família de nacions". Altres autors, com Lewis (1992), Sainsbury (1999) i Trifiletti (1999) es referien als *règims de gènere* cobrint la mancança de tipologitzar els règims de benestar amb perspectiva de gènere.

Esping-Andersen (1999,2000), aprofundí en quina és l'acció estatal a l'hora de proveir de benestar i corresponsabilitat entre aquestes tres categories (Estat, Família i Mercat), i presentà tres models d'actuació de l'Estat segons el seu grau de familiarització⁵⁷ o defamiliarització 1) *el model liberal*, on els serveis familiars són considerats una activitat pròpia del mercat i una responsabilitat individual. Fan ús de polítiques actives d'ocupació que permeten incorporar les dones al mercat laboral, alhora que s'externalitzen els serveis familiars i les prestacions es fan des del mercat. 2) *El model conservador*, que es caracteritza per l'assistencialització i la privatització dels serveis familiars- el familiarisme- i el relacionava amb les realitats d'Àustria, França, Alemanya, Bèlgica, Espanya i Itàlia - després dibuixà una altra subcategoria com el cas del *règim mediterrani*-. 3) *el model socialdemòcrata*, on l'Estat no només intervé sobre el mercat sinó també sobre l'estratificació social, amb preeminència de serveis nacionals únics i universals. Aquest *universalisme* permetria, segons Esping-Andersen, la desmercantilització - *decommodification*⁵⁸ - que suposaria que les famílies i els individus puguin accedir a un

principis d'eficiència econòmica. En aquest sentit, s'argumenta sobre si l'EB promou l'eficiència econòmica o n'és un destorb. L'Estat ha de suplir les "falles del mercat". Aquestes falles del mercat serien causades en primer lloc, per la manca d'informació per part de l'Estat per a intervenir amb eficàcia i en segon lloc, perquè els governants són autointeressats i egoistes i només competeixen interessadament en el mercat. L'argumentació *igualitarista*, representada per a filosofia política i moral debatria sobre els drets fonamentals dels ciutadans i els conceptes d'igualtat, equitat, llibertat i justícia. Dins d'aquesta visió l'EB tindria un paper *compensatori* en el cas de situacions d'inequitat: Es discuteix, dins d'aquesta perspectiva si la política redistributiva seria justa des d'un punt de vista ètic. Per una banda Rawls (1972) defensa sota el principi de justícia una visió igualitarista, Segons la seva *teoria de la justícia*: "És just que la societat compensi els individus per allò de què no se'ls pot fer responsables, la compensació hauria de venir per mitjà de la igualtat dels mitjans objectius que permeten promoure les seves diferents concepcions subjectives de la vida, el seu benestar. Aquests béns primaris abasten conceptes com les llibertats, l'autorespecte, les oportunitats, el poder, la riquesa o els ingressos (Montagut i Sarasa,2009:59). Els qui defensen el valor de la llibertat per sobre dels altres, responen a Rawls i en nom de la llibertat es postula l'oposició a qualsevol intervenció de l'Estat en el funcionament del mercat (Nozick, R, el qual fa una justificació moral del liberalisme i l'Estat mínim) (Montagut i Sarasa,2009:49-50).

⁵⁷ Esping-Andersen usa el terme *familiarisme* o *familiarització* per a referir-se a l'Estat de Benestar que assigna a la unitat familiar la responsabilitat més gran. *Defamiliarització* és el procés mitjançant el qual les polítiques redueixen la dependència individual de les famílies i maximitzen la disponibilitat de recursos econòmics per part de l'individu independentment de les reciprocitats familiars i conjugals.

⁵⁸Lister (1994) defineix la descommodificació com "el grau en què els individus poden mantenir un nivell de vida socialment acceptable independentment de les relacions familiars, ja sigui mitjançant el treball remunerat o la prestació de seguretat social" (Lister 1994: 37), un ús més proper a la "capacitat de formar una llar autònoma" d'Orloff (1993) que a la noció de la disponibilitat de cura fora de la família.

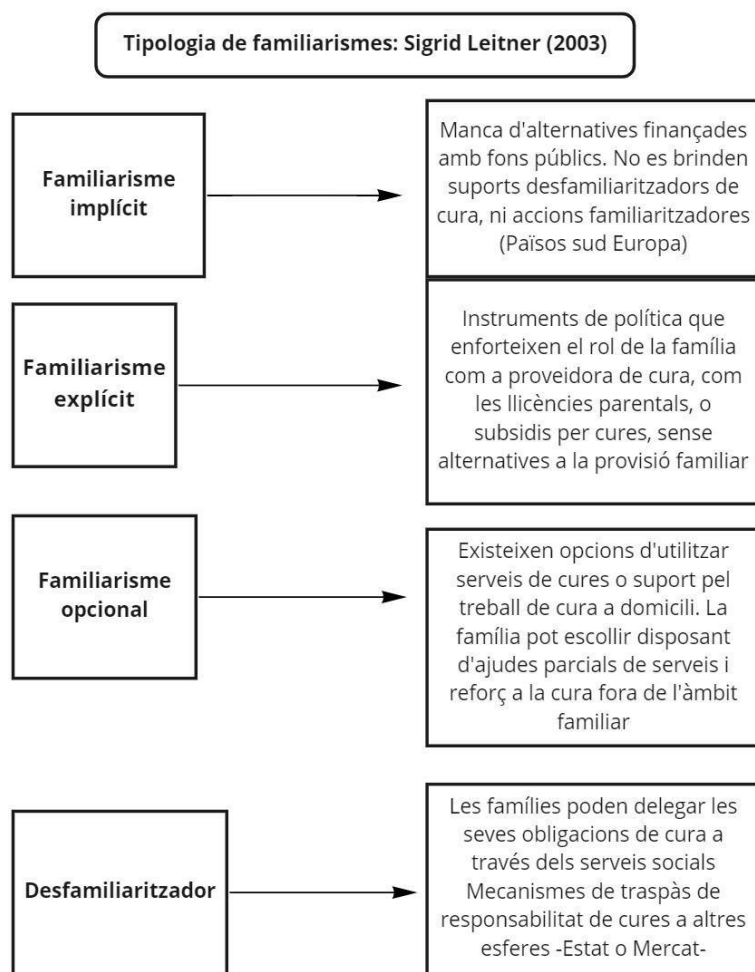
nivell de vida acceptable independentment de la seva participació en el mercat.

Resumint, per a Esping-Andersen (2000) el familiarisme es refereix als mecanismes que reforcen les obligacions de cura dins l'esfera familiar i el desfamiliarisme, quan es descomprimeix la família d'aquestes tasques.

Política desfamiliaritzadora» no significa política contra la família o antifamília. Alude únicament al conjunt de actuacions públiques que desplacen a la esfera estatal o associativa la provisió del benestar, aliviando a las familias —vale decir, nuevamente, a las mujeres— de determinadas cargas. Por su parte, «política familiarizadora» o «familiarismo» no necesariamente significa política a favor de la familia, especialmente si consideramos las transformaciones que ha experimentado la familia en las últimas décadas. (Esping- Andersen, 2000; Añón i Miravet, 2005:12).

Per la seva banda, Leitner (2003) crea una tipologia basada en "tipus ideals" de familiarismes segons el seu grau de desfamiliarització: des d'un familiarisme implícit, propis dels països del Sud d'Europa, a un familiarisme explícit, un familiarisme opcional i una desfamiliarització.(veure figura 4.2).

Figura 4.2. Tipus de familiarismes



Font: Elaboració pròpia a partir de la tipologia Leitner (2003)

4.2.1 Polítiques familiars i polítiques de cures.

Les polítiques familiars constitueixen un àmbit propi en les polítiques públiques de protecció social que s'han desenvolupat especialment a Europa (Comas d'Argemir, 2008). Segons aquesta antropòloga, en un sentit restringit, les polítiques familiars se centren en les prestacions econòmiques per a famílies amb fills i filles menors i en polítiques de conciliació familiar, però, si es mira en un sentit més ampli, aquestes s'adreçarien "al benestar de les famílies, a la formació de noves famílies, en l'atenció a la infància i *dels membres més vulnerables i a la igualtat entre homes i dones*. És en aquest sentit ampli, on es podrien emmarcar les polítiques de cures i d'igualtat entre gèneres. No obstant, les polítiques de cures es troben encara en procés d'institucionalització o de reconeixement social.

A partir de la dècada dels vuitanta del segle passat s'inicien els estudis comparats de *política familiar*, encapçalats per estudis com els d' Anne-Helène Gauthier⁵⁹, en *The State and the Family. A Comparative Analysis of Family Policies in Industrialized Countries* (1996) i Thomas Bahle en *Families and Family Policies in Europe* (2001). Aquests estudis identifiquen l'evolució històrica de programes i mesures adreçats a les famílies dins els Estats de Benestar europeus a partir de la Segona Guerra Mundial. El concepte mateix de *política familiar* conté des dels seus inicis diverses interpretacions, relacionades amb els determinants ideològics, econòmics i polítics subjacents.

⁵⁹ Gauthier, en *The State and the family* (1996), distingeix entre quatre models de política familiar:

1) *El model familiarista/natalista*, estima que la baixa fecunditat constitueix una qüestió que justifica la intervenció pública. El govern hauria de fomentar la natalitat donant suport a les famílies. S'insisteix en les prestacions monetàries i en la necessitat d'estimular el naixement del tercer fill/a. S'estableixen provisions generoses de cara als permisos de maternitat i de cara a l'oferta de places en llars d'infants. Mesures per a restringir els obstacles de cara a la maternitat i la manca de compatibilitat entre responsabilitats familiars i laborals. No suposa restriccions per a l'accés de les dones a la feina ni pel dret a l'avortament. Aquest model es dugué a terme a França i Quebec.

2) *El model tradicionalista*, pretén la preservació de la institució familiar. El suport de la família passa per la diferenciació de rols familiars entre homes i dones i el paper del pare com a sustentador de la família. El govern assumeix un suport mitjà a les famílies, sense que suposi abandonar el paper de la família, la comunitat i la beneficiència. Si bé les mares que treballen reben prestacions, aquestes són desincentivades a la inserció laboral a nivell fiscal. Escassa oferta de serveis a la infància que no contribueix a la conciliació familiar. La provisió de llargues excedències de maternitat no contribueix a la promoció de la seva carrera professional. Alemanya correspondria a aquest model.

3) *Model igualitari*, es basa en la promoció de la igualtat entre homes i dones com a objectiu principal. Es pretén avançar a un model amb rols familiars compartits. El govern assumeix responsabilitat a l'hora de crear condicions i oportunitats per a compaginar el treball familiar i el laboral i als pares a implicar-se més amb els fills i filles. Els permisos parentals constitueixen una peça bàsica. Gran oferta de places a escoles infantils i permisos per a la cura de fills i filles malalts per a disminuir les desigualtats de gènere. Legislació avortament liberal. Dinamarca i Suècia en formen part.

4) *Model familiarista no intervencionista*, els governs només assumeixen donar suport a les famílies quan es troben en necessitat. No posa obstacles en la participació de les dones al mercat de treball però no se'ls dedica massa prestacions.

Kammerman i Khan (1978) distingiren entre *política familiar explícita*, referent als programes i polítiques dissenyats per a aconseguir uns objectius explícits o determinats en relació a les famílies, i *política familiar implícita* la qual actua des d'altres àmbits, però també incideix en les famílies. Zimmerman(1988) considera que la política familiar ha d'incorporar com a criteri de planificació la perspectiva familiar en el debat i gestió política. Dumon(1987) s'hi refereix com a tota mesura adoptada pel govern per a mantenir, sostenir, o canviar l'estructura de la vida familiar (Moreno Mínguez, 2007). Iglesias de Ussel i Meil (2001) i Flaquer (2000) defineixen les polítiques familiars com les que integren un conjunt de mesures i instruments vinculats a les polítiques socials destinats a aportar recursos i serveis adreçats a les persones amb responsabilitats familiars per a que puguin dur-les a terme sense detriment dels seus interessos personals i socials.

Les polítiques familiars però, no han inclòs històricament polítiques de gènere o de cures, degut a que en el seu plantejament inicial estaven dissenyades amb finalitats natalistes i amb un caràcter contrari a l'emancipació femenina. Bàsicament pretenien arbitrar mesures en forma de prestacions monetàries per a ajudar les mares a estar-se a casa i cuidar els seus fills i filles. S'emmirallaven en el doble model d'home guanyador de pa i mestressa de casa. A partir dels anys seixanta del passat segle, les demandes feministes exigiren incorporar noves mesures, qüestionant la relació de les dones amb el treball domèstic i la reorganització de la reproducció social (Federici, 2013) a partir de la incorporació de les dones de classe mitjana al treball remunerat. Les lluites feministes tingueren un desenvolupament paral·lel que no trobava legitimació dins les polítiques socials i culturals hegemòniques dictaminades sota patrons androcèntrics.

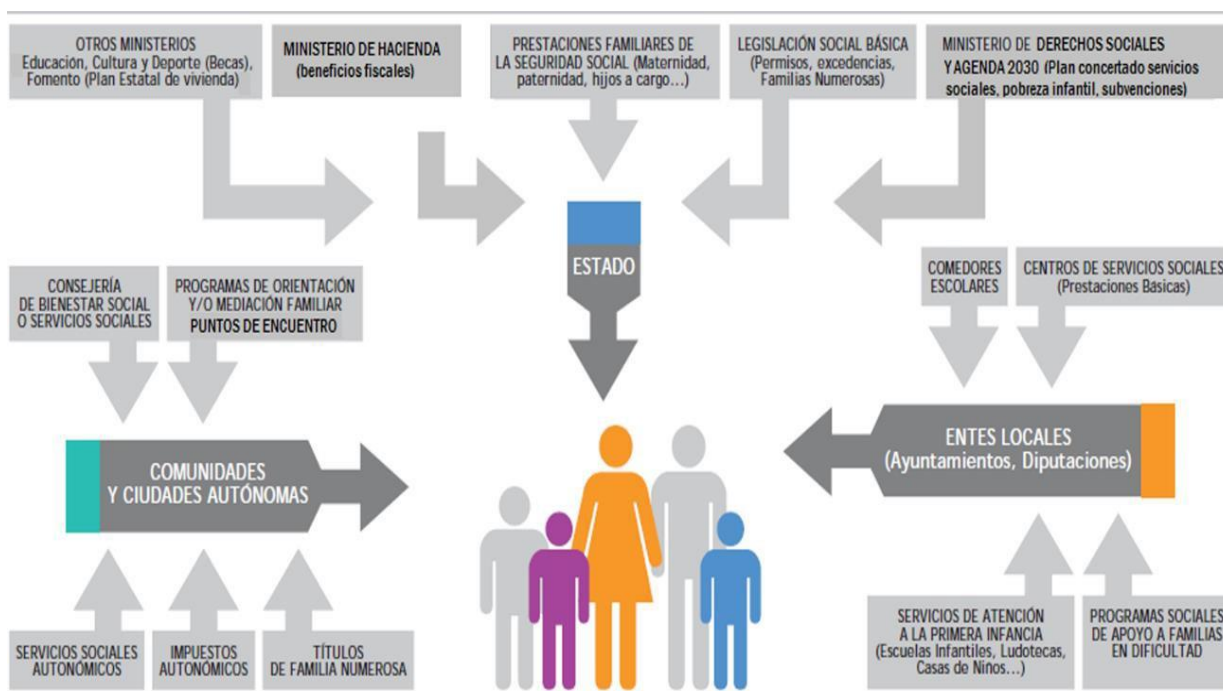
Aquesta resistència històrica, ha provocat, i més en el cas dels països del Sud d'Europa de tall familiarista, que la política familiar no hagi inclòs una política de cures explícita i extensible a altres membres de la família com les persones grans en situació de dependència unides a polítiques de gènere que exigissin la redistribució i corresponsabilitat de les tasques de cures.

A indrets del Sud d'Europa com Catalunya i l'Estat espanyol, les polítiques públiques en relació a la cura han promogut històricament que aquesta romangués fora de l'esfera política i de l'esfera pública i, per tant, en certa manera han potenciat la despolitització de la cura, naturalitzant la identificació de les famílies -i les dones en el seu si- com les principals responsables de la seva provisió com el conjunt de desigualtats socials sobre les que es construeix la seva organització social. (Ezquerria, 2019)

Com a exemple, en el cas espanyol, la Guia d'Ajudes socials i serveis per a les famílies (2021) inclou les ajudes per a famílies amb persones en situació de dependència, però limitant-se a citar el catàleg de serveis i prestacions de la Llei d'autonomia i atenció a les persones en situació de dependència o LAPAD. No inclou mesures d'igualtat de gènere ni de conciliació familiar, ni hi figura el terme "cures".

Les polítiques públiques adreçades a les famílies no busquen necessàriament eliminar el protagonisme de la família en la provisió de cures sinó, d'una banda, complementar-la amb suports específics i, d'altra banda, compensar-la en els casos en què la família no estigui present o disponible i en situacions d'extrema necessitat i/o d'exclusió social (Ezquerria 2019, Rodríguez Cabrero, 2011).

Figura 4.3 Entitats públiques i descentralització ajudes i serveis a les famílies



Font: Guia d'ajudes socials i serveis per a les famílies. Ministeri de Drets socials (2021)

Taula 4.1 Llistat d'Ajudes socials i serveis a les famílies (Ministeri de Drets Socials,2021)

Prestacions familiars de la Seguretat Social, Ingress Mínim vital, permisos parentals i excedències.
Ajudes en matèria d'ocupació
Beneficis fiscals per fill/a a càrrec i altres circumstàncies familiars en l'IRPF
Ajudes socials a famílies nombroses Ajudes socials a famílies monoparentals
Prestacions socials del sistema públic de serveis socials a les famílies
Ajudes per a famílies amb persones en situació de dependència A partir de la creació del SAAD (Sistema per a l'Autonomia i l'Atenció de les persones en situac Dependència Llei 39/2006, del 14 desembre. Catàleg de serveis: Prevenció de les situacions de dependència i els de promoció d'autonomia Pers Teleassistència, Ajuda a domicili, Centre de dia i de nit, Atenció residencial. Prestacions econòmiques: Prestacions vinculades al Servei d'Ajuda a Domicili, al Servei de Centre d al Servei de Centre de Nit i al Servei d'atenció residencial. Prestació d'assistència personal.
Ajudes en cas d'impagament de pensions d'aliments en cas de separació o divorcis
Serveis per a la cura d'infants menors de 3 anys
Suport a pares, mares i persones amb responsabilitats parentals
Beques d'ajudes a l'estudi del Ministeri d'Educació i Formació Professional
Ajudes en matèria d'habitatge
Ajudes socials pels afectats pel virus de l'hepatitis C (VHC) o el virus de la immunodeficiència Humana (VIH)
Activitats cultura, esport i turisme per a les famílies
Ús segur de les tecnologies de la informació i la comunicació

Font: Ministeri de Drets socials (2021)

4.2.2 Evolució despesa pública en Protecció Social a Espanya

Segons indicadors sobre l'evolució històrica de la despesa en protecció social d'Espanya, de forma molt sintetitzada, entre 1850 i fins la Gran Guerra, la despesa social es mantingué estancada. Després s'introdueixen millores legislatives i s'observa un salt qualitatiu amb l'arribada de la Segona República. A partir de la Guerra Civil, Espanya es distancià de la resta de països europeus seguint una pauta similar als països del Sud d'Europa. La gran ruptura s'experimentà a partir de la II Guerra Mundial

en que la despesa social espanyola s'estancà entre 1945-1965. En aquells moments els Estats de Benestar europeus s'expandiren però Espanya fins i tot es distancià d'Itàlia i Grècia. Espanya tenia una despesa semblant a la de Portugal que també vivia en dictadura. Durant el govern franquista es prioritzà la partida pressupostària de família d'acord amb la política franquista natalista que relegava les dones a ser mestresses de casa (Espuelas Barroso, 2013).

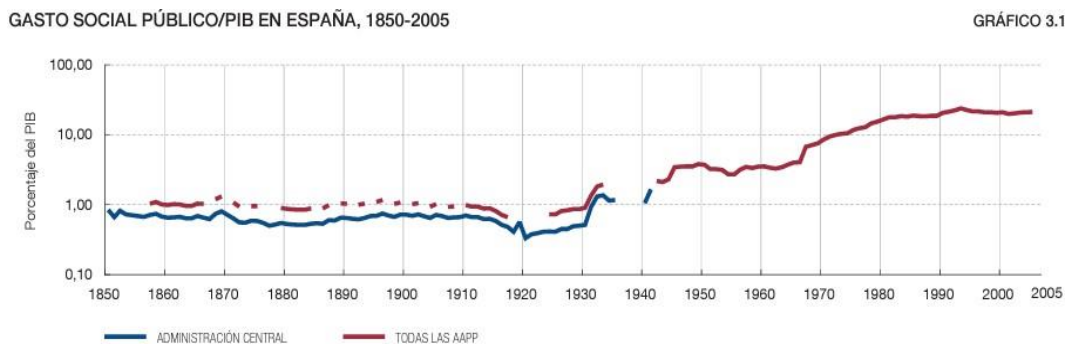
La familia había constituido uno de los principales pilares ideológicos durante el franquismo («familia, municipio y sindicato»), aunque su utilización había sido más propagandista que real (Iglesias de Ussel y Meil, 2001). Tras una larga travesía durante los años ochenta en la que la palabra «familia» desaparece del diario de sesiones del Congreso (Iglesias de Ussel, 1998), las políticas familiares vuelven a entrar en la agenda pública a mediados de la década de los años noventa auspiciadas sobre todo por diversas iniciativas autonómicas (Flaquer, 2000; Castón et al., 2002:88).

A partir de 1967 la despesa social pública comença a créixer cap a una convergència amb la resta de països europeus. El 1975 la despesa social espanyola només suposava la meitat de la de la EU i cap als anys vuitanta constituïa ja el 85% de la mitjana europea. La despesa en famílies va disminuir en reacció a les polítiques prèvies franquistes, aquest fet dificultà la incorporació massiva de les dones al treball remunerat i no ajudà a la natalitat, que disminueix a partir dels anys setanta de forma dràstica (Espuelas Barroso, 2013).

L'Estat del benestar es construeix amb l'objectiu de garantir el que necessita la mà d'obra activa al mercat de treball: salut, educació i pensions. No s'edifica per garantir el que es necessita per a la cura i per a les tasques domèstiques perquè se suposa que això va a compte de la família. Així, només s'hi visualitza el temps que té recompensa econòmica i reconeixement social. Tota la resta de treball també hi és primordial; però, com que no té remuneració, s'invisibilitza i, per tant, també hi queden invisibilitzades les persones que sempre han assumit aquestes tasques, les dones". (Moreno, 2022. Entrevista diari digital El Crític)⁶⁰

⁶⁰ Diari digital El Crític (2021) <https://www.elcritic.cat/entrevistes/sara-moreno-hem-de-moure-alguna-cosa-mes-que-horari-si-volem-canviar-les-coses-133472> Data consulta 12.12.2022

Gràfic 4.1. Evolució despesa social Espanya 1850-2005



FUENTE: Elaboración propia. Véase texto.



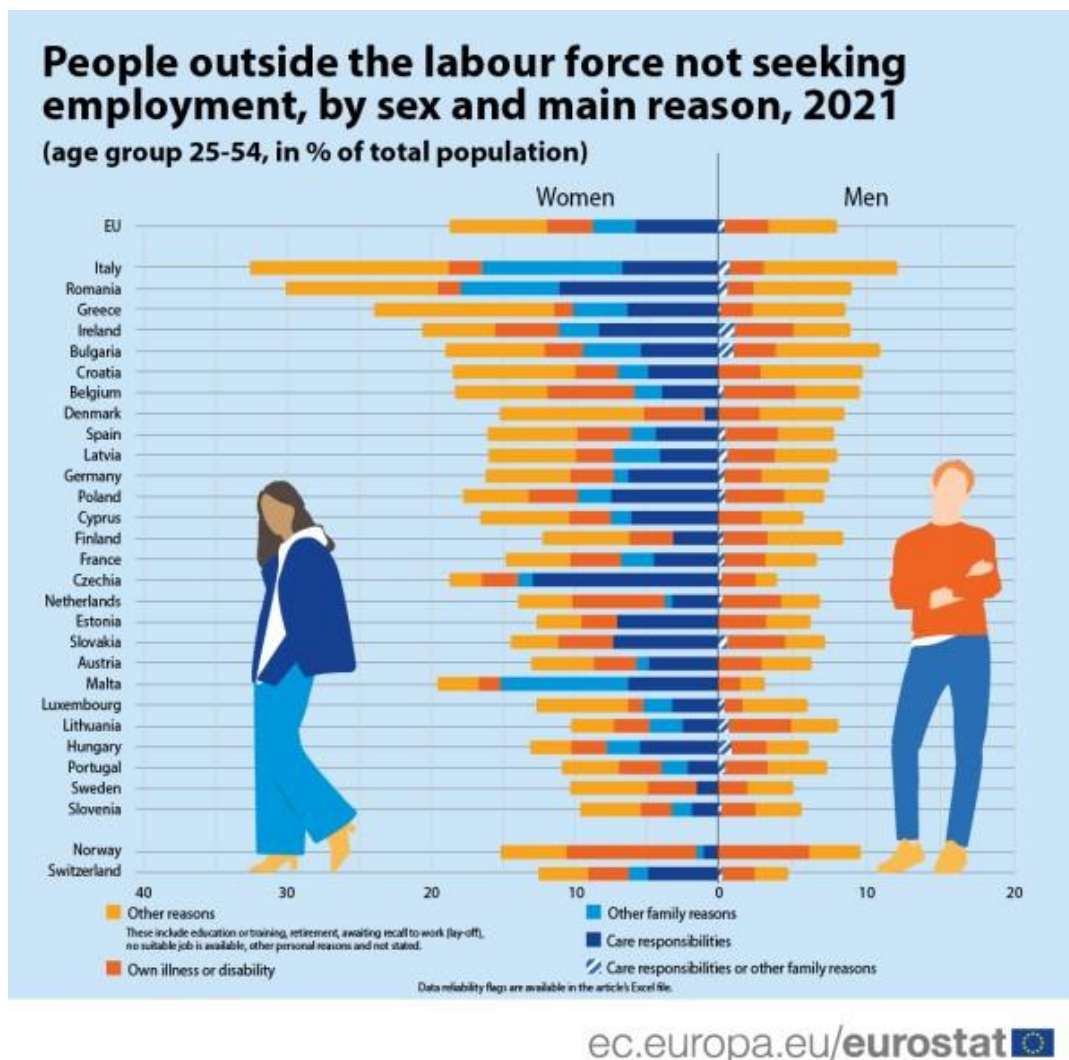
FUENTE: Elaboración propia. Véase texto.

Font: Espuelas Barroso(2013). La evolución del gasto público en España 1850-2005

Les conseqüències de polítiques de tall familista i familiarista dels països mediterranis evidencien correlacions entre baixes taxes de natalitat, un tradicional menor percentatge de dones exercint treball remunerat a Espanya, Itàlia i Grècia (Portugal n'és una excepció) amb altes taxes de treball a temps parcial en comparació a polítiques desfamilitzadores com el cas dels països nòrdics, els quals presenten taxes més altes de natalitat i d'activitat femenina. Segons Moreno-Mínguez (2007) el binomi de reduïda fecunditat i ocupació remunerada femenina s'explica, en part, com una conseqüència de la limitada política familiar, centrada en el varó sustentador.

Segons Eurostat (2017), la bretxa entre gèneres en relació a l'ocupació dels països del Sud d'Europa és de les més altes: Itàlia (19,8%); Grècia (19,7%); Espanya (11,9%) i el cas de Portugal, com hem dit, és molt més baixa degut a la participació històrica de les dones al treball remunerat, ja en temps de colonialisme.

Figura 4.4 *Persones fora del treball remunerat per sexe i principal motiu (2021)*



Font: Eurostat (2021)

Segons la figura 4.4, el nombre de dones fora del mercat laboral remunerat entre els 25-54 anys d'edat és superior al d'homes. Novament, Itàlia (33%) i Grècia (24%) es posicionen en el primer i tercer lloc, juntament amb Romania. Espanya, ocupa el novè lloc dins l'UE dels 27 (2021) amb un 16% aproximadament de dones en edat laboral que no forma part del mercat laboral remunerat. Portugal es troba entre els països amb més taxa d'ocupació femenina, o el que és el mateix, només un 11% de la població femenina no realitza treball remunerat. Així i tot, l'estadística oficial només contempla les dades referents al treball realitzat amb afiliació laboral i moltes dones duen a terme treball informal remuneradament. En relació a les responsabilitats de l'ordre de la cura com a treball informal com a raó principal que justifiquen la no participació al treball remunerat, els quatre països mediterranis es troben al voltant de la mitjana europea pel que fa a cura femenina. A Itàlia (7%), Grècia (6,5%), Espanya (4%) i Portugal (2%).

Referent al percentatge de despesa del PIB(2020) adreçada a protecció social, que inclou despeses a les persones amb discapacitat i malaltia, gent gran, supervivents, famílies i infants, exclusió social, desocupació i altres, com a indicadors de benestar social, Espanya se situava a un (22,1%), Grècia (22,5%) i Itàlia (25,2%) se situen al voltant de la mitjana europea (22%) i Portugal se situa per sota 18,8%. Però si es desglossa la despesa publica espanyola, aquesta se centra en la cobertura de l'atur o desocupació, com a país que més percentatge hi destina de la UE. En canvi, la partida adreçada a la gent gran o a família i infància, habitatge i exclusió social se situen per sota de la mitjana europea en tots els casos.

Taula 4.2 Despesa en protecció social països mediterranis i UE. 2020

	<i>Espanya</i>	<i>Itàlia</i>	<i>Grècia</i>	<i>Portugal</i>	<i>EU</i>
% sobre el PIB	22,1	25,2	22,7	18,8	22
Discapacitat i malaltia	3,1	2	1,7	1,5	3
Gent gran	10,9	15,1	15,7	12,5	11,3
Família i infància	1	1	1,1	1,3	2
Atur o desocupació	3,8	2,5	0,9	0,6	2,2
Habitatge	0	0	0,2	0,2	0,3
Exclusió social	0,5	1,5	0,6	0,4	1,1

Font: Elaboració pròpia a partir d'Eurostat (2022)

Taula 4.3 Despesa en protecció social països Unió Europea. 2020

Total general government expenditure on social protection, 2020, % of GDP

	Social protection	Sickness and disability	Old age	Survivors	Family and children	Unemployment	Housing	Social exclusion n.e.c.	R&D Social protection	Social protection n.e.c.
EU*	22.0	3.0	11.3	1.6	2.0	2.2	0.3	1.1	0.0	0.3
euro area*	22.7	3.1	11.6	1.8	1.9	2.5	0.4	1.1	0.0	0.3
Belgium	22.7	3.8	10.2	1.7	2.4	3.1	0.2	1.2	0.0	0.2
Bulgaria	13.1	0.6	9.5	-	1.9	0.6	0.1	0.1	-	0.3
Czechia	14.4	2.7	8.2	0.6	1.9	0.2	0.2	0.4	0.0	0.2
Denmark	22.4	4.6	8.5	0.0	4.4	2.1	0.7	1.6	0.0	0.5
Germany*	21.8	3.4	10.3	2.0	2.2	2.2	0.3	0.7	0.0	0.8
Estonia	15.0	2.4	8.2	0.1	2.9	1.1	0.0	0.2	0.0	0.2
Ireland	10.2	1.3	3.9	0.5	1.2	2.1	0.9	0.1	0.0	0.2
Greece	22.5	1.7	15.7	2.3	1.0	0.9	0.2	0.6	0.0	0.0
Spain*	22.1	3.1	10.9	2.6	1.0	3.8	0.0	0.5	0.0	0.1
France*	27.3	3.3	14.1	1.6	2.4	3.3	0.9	1.5	0.0	0.2
Croatia	15.7	1.9	9.4	1.4	2.2	0.5	0.1	0.1	0.0	0.2
Italy*	25.2	2.0	15.1	2.8	1.1	2.5	0.0	1.5	0.0	0.1
Cyprus	13.6	0.5	6.6	1.5	3.0	0.7	0.0	1.3	0.0	0.1
Latvia	13.5	2.9	7.7	0.2	1.3	0.6	0.1	0.4	0.0	0.4
Lithuania	16.3	4.7	6.7	0.3	2.1	1.7	0.1	0.4	0.0	0.2
Luxembourg	20.6	3.7	10.0	0.0	3.7	2.1	0.1	0.9	0.0	0.2
Hungary	13.6	2.3	6.5	0.8	2.4	0.4	0.1	0.9	0.0	0.2
Malta	12.0	1.0	7.2	1.3	1.0	0.2	0.2	0.4	0.0	0.7
Netherlands	17.4	4.3	6.7	0.1	2.1	0.9	0.5	2.8	0.0	0.0
Austria	22.9	1.9	13.9	1.4	2.4	1.9	0.1	1.1	0.0	0.2
Poland	18.2	2.3	10.1	1.6	3.3	0.3	0.0	0.3	0.0	0.1
Portugal*	18.8	1.5	12.5	1.9	1.3	0.6	0.2	0.4	0.0	0.4
Romania	13.8	1.2	9.9	0.1	1.6	0.1	0.0	0.4	0.0	0.5
Slovenia	18.7	2.4	11.0	1.4	2.0	0.6	0.0	1.1	0.0	0.2
Slovakia	16.3	3.9	8.4	0.8	1.2	0.4	0.0	0.2	0.0	1.3
Finland	25.7	3.2	14.5	0.7	3.1	2.3	0.7	1.0	0.0	0.3
Sweden	19.8	3.7	10.8	0.2	2.5	1.3	0.3	0.9	0.0	0.0
Iceland	13.8	3.5	3.4	0.0	2.6	2.8	0.4	0.7	0.0	0.5
Norway	22.3	7.7	8.0	0.2	3.7	1.2	0.1	0.9	0.1	0.5
Switzerland	16.0	3.1	7.6	0.3	0.6	2.8	0.0	1.6	0.0	0.0

Source: Eurostat (gov_10a_exp)
* provisional



Font: Eurostat (2022)

4.3 Globalització, crisi de l'Estat del Benestar i polítiques de cures

*En un univers de dimensions inimaginables,
la casa és el raconet que fa de centre del
món.*

Esquirol, (2015)

4.3.1 La globalització neoliberal

Els processos de mundialització de l'economia de la dècada dels noranta del passat segle transformaren les dimensions espai-temps. La globalització suposà la "fi de la geografia" on "les distàncies ja no importen i la idea del límit geofísic és cada cop més difícil de sostenir en el món real" (Bauman,1998). La idea de distància, deia Bauman(1998): "és un producte social" ja que "la seva magnitud varia en funció de la velocitat utilitzada per a superar-la". L'espai global transformà les dicotomies tradicionals "d'aquí-allà", "a prop-lluny", "interior-exterior", i allò familiar i proper, la proximitat, es difuminà en l'espai (Bauman,1998). La globalització incorporaria un element "nihilista" a la realitat, on ja no hi ha res per a explorar, "aquest procés nihilista consistiria a anar perdent el fil, el lligam, la relació" cap a un individualisme exacerbant, ja que "perquè hi hagi relació cal que hi hagi dos termes i un vincle, és a dir, cal que hi hagi diferència i manera de relacionar allò diferent" i "el contrari de la relació és la indiferència" (Esquirol, 2015). L'assaig filosòfic d'Esquirol sobre "la resistència íntima" fa un crit a la defensa del que suposa la proximitat, enmig d'un món on es cerca assolir la realització individual a través de l'èxit econòmic o monetari, fruit de la globalització i la indiferència. El seu concepte de *resistència* es podria interpretar com a resiliència i "emfasitza no tant les dificultats que el món posa a les nostres pretensions, com la fortalesa que podem tenir i aixecar davant els processos de desintegració i de corrosió que venen de l'entorn". El retorn a la proximitat és simbolitzada per "la casa, la companyia, la intimitat" com a "presència i cap al sentit" (Esquirol,2015:37).

Des del punt de vista de la política econòmica, els governs occidentals que fins aleshores havien gestionat les economies nacionals amb "un alt grau d'autonomia relativa"(Moreno, 2016) i s'havien proveït de programes de protecció social de tipus keynesià des de la Segona Guerra Mundial durant els "trente glorieuses"(1945-1975)(Fourastié,1979), plantegen un canvi de model econòmic, a partir de la crisi del petroli(1973), basat en un postkeynesianisme eclèctic (Modigliani,1985), el model

neoclàssic i la teoria de l'elecció pública (Buchanan, 1986) sobre els que es fonamenta la ideologia *neoliberal*. Aquesta, exigeix liberalització de la producció: llibertat per a la circulació del capital arreu del món, desregulació del mercat de treball, disminució del paper de l'Estat en l'economia (Estat mínim), considerant l'Estat com a obstacle en la producció i regulació dels mercats i reducció de la despesa pública social. És en aquests moments, als anys noranta, quan la teoria sociològica desplega la seva atenció cap a les dimensions del temps i l'espai local i global, les noves mobilitats, els fluxos globals, l'emergència de les localitats i les regions, les transformacions dels espais urbans, els processos de desterritorialització, l'emergència dels espais socials transnacionals i translocals, la configuració de les cadenes globals productives. (Barañano Cid, 2021).

La globalització afectà directament al concepte d'espai nacional, a la capacitat de maniobra dels Estats. Els governs estatals, abans executors eficaços de les estratègies dels mercats, ara es converteixen en les seves víctimes. La conducta dels mercats, les finances mundials, és la font principal de sorpreses i incertesa" (...) Així, "les fronteres es tornen poroses i les sobiranes nominals, el poder, anònim, i la seva posició buida (Bauman, 1998:92).

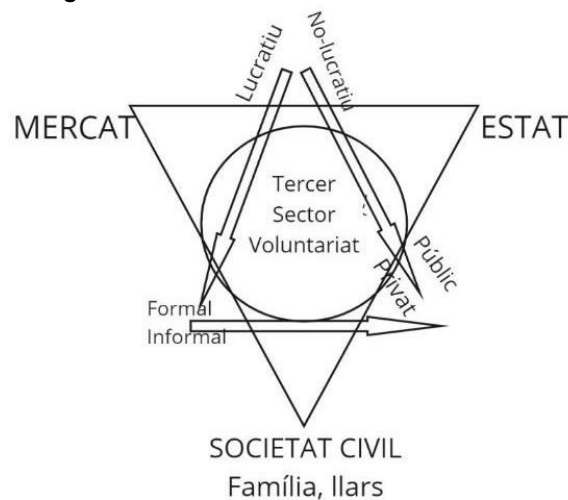
A Europa, amb el tractat de Maastricht (1992), els països membres de la Comunitat Europea (CE) passen a formar part de la Unió Europea (UE) que s'erigeix sobre tres pilars: justícia exterior i de seguretat comuna, justícia i assumptes interiors, i un pilar comunitari que incloïa tractats sobre energia atòmica, carbó i acer i els continguts del tractat de Roma (1957) que suprimia aranzels, unió duanera, liberalització dels mercats i protecció de l'agricultura europea. La Unió Europea culminà el procés d'una moneda única i un Mercat Únic Europeu i "el discurs de la globalització es va anar instrumentalitzant a fi d'intentar modificar els pactes de solidaritat del benestar en l'àmbit intern dels països comunitaris" (Moreno, 2016). Els estats dèbils són justament el que necessita el nou ordre mundial" una política econòmica europea que deixà gradualment de banda el Keynesianisme i l'eximeix de poder de regulació, "la qual cosa redunda en la seva pèrdua de poder com a agència eficaç" (Bauman, 1998). Es posen de manifest processos de desregulació econòmica en favor de polítiques neoliberals que prioritzen la llibertat del mercat enfront la igualtat dels individus. El gir ideològic i polític es donà a través de la "incentivació de l'autoresponsabilització" dels propis ciutadans a l'hora de proveir-se de benestar.

Enfront d'un Estat garantidor de tuteles socials (entitlement state), es reclamava un Estat facilitador (enabling state) en el qual la solidaritat (responsabilitat col·lectiva), com a legitimadora de l'acció pública, fos substituïda per la responsabilitat individual". (Moreno, 2016:45)

4.3.2 Crisi de l'Estat de Benestar, Welfare Mix i polítiques neoliberals

Arran de la crisi del petroli, el 1981, la OCDE declara que l'Estat de Benestar es trobava en crisi de legitimitat i crisi financera, moment en que es considera acaba la primera fase de construcció de l'EB Keynesià (Abrahansom,1995). El 1993, es reuniren a Bratislava en el marc de l'Organització per a les Nacions Unides (ONU) els diferents ministres d'afers socials per a discutir sobre política social considerant que els alts nivells de desocupació i de pobresa podien conduir a problemes de cohesió de la societat civil. L'argument *economicista* de la cohesió social era l'utilitzat per l'ONU que afirmava que "la política social no s'havia de considerar una càrrega sinó que la despesa econòmica era una precondition de l'eficiència econòmica i de la competitivitat". Proposava uns principis guia per a l'enfortiment de la societat civil concebint un *Welfare Mix* que agregués la cooperació de varis sectors per a la provisió de benestar: govern, sector privat, voluntariat, la comunitat i la família. Algunes de les mesures recomanades eren: desenvolupar corresponsabilitat no convencional entre actors i grups informals, descentralitzar la presa de decisions i repartir la responsabilitat entre actors, intensificar la qualificació entre els professionals implicats en el treball social i voluntaris, treballar per la flexibilització de l'administració i de l'actuació i assegurar que el treball voluntari i domèstic sigui reconegut i valorat. La OCDE per la seva banda, i el Green-paper European social policy (1993) apuntaven a la persistència i augment de la desocupació com a problema social que conduiria, en el cas de llarga durada, a l'exclusió social d'una part de la població. Advocaven per plantejaments encarats també a una nova orientació de la política social encarada a polítiques actives d'inserció laboral amb la preocupació per la fi de la plena ocupació, on la política social i el mercat havien de treballar conjuntament per a la integració social, sota un consens de pluralisme del benestar(Abrahansom,1994). Abrahansom era del parer que a partir d'aleshores desapareixien els models tradicionals de protecció social: *el socialista*, que emfasitzà l'ocupació i la redistribució de la riquesa, amb un grau alt d'implicació pública i finançament fiscal. El model *corporatista*, a favor de pactes corporatistes en el mercat. *El liberal*, amb una implicació pública menor i més èmfasi en les solucions del mercat, i *el catòlic*, que accentua les xarxes familiars i socials com a fonts bàsiques de protecció social (Abrahansom,1994).

Sorgia així, l'anomenat *Triangle de l'Estat de Benestar*, on el *Welfare Mix* estaria format per tres esferes Mercat, l'Estat, la família, més el paper de les organitzacions no governamentals o Tercer Sector.

Figura 4.5 *Triangle del Benestar -Welfare Mix-*

Font: Adaptació a partir d'Abrahansom, 1994

El “nou” Estat de Benestar, la NGP i la Inversió social.

Conseqüentment, les polítiques públiques opten per una constricció de les polítiques de protecció social o Estats de benestar i “els programes del benestar reflectiren una preocupació primordial per la contenció dels costos de la protecció social” (Moreno, 2016). La *reducció* de la despesa, suposà les retallades pressupostàries del sector públic i a la transferència de responsabilitats al sector privat. Alhora, es van endurir els requisits d'accés a prestacions de serveis. (Rodríguez-Modroño i Matus López (2016) i Pierson (1998). La *recalibració* es refereix a una remodelació de l'Estat de Benestar a través de quatre dimensions: a nivell funcional, distributiu, normativa i institucional (Ferrera, Hemerijck i Rhodes,2000).

La recalibración puede incluir cambios de escala, privatizaciones, modelos mixtos de gestión público-privada, managerialization y personalización de los servicios para satisfacer necesidades individuales. Un elemento clave de la reforma de los servicios públicos ha sido la mercantilización a través de la externalización de los servicios y la managerialization o incorporación de los principios de gestión privada en la gestión del sector público. Esta estrategia forma parte de un proyecto neoliberal más amplio que persigue desplazar a los servicios públicos y el progresivo desmantelamiento de los Estados de bienestar. Esta estrategia se ha conseguido gracias, en parte, a la filosofía de la Nueva Gestión Pública (NGP), que con la excusa de reformar el modelo integral de gestión para una administración más eficiente, eficaz y de más calidad, en realidad estaba simplemente integrando las relaciones propias del sector privado en el ámbito público.” (Rodríguez- Modroño i Matus- López, 2016:1).

a) La Nova gestió pública

La *nova gestió pública* (NGP) és una estratègia nascuda en el marc de la globalització que es caracteritza per un enfocament al sector públic més empresarial (Hood,1991). Els seus trets eren: gestió -introduint maneres de fer pròpies del sector privat al públic-; estàndards d'exercici -utilitzant una fixació d'objectius, mètodes i control del moviment en l'execució de les activitats públiques-; control de resultats, descentralització, competició, gestió del sector privat -necessitat d'establir contractes a curt termini, crear plans corporatius o comercials i reducció de costos-. Així, la consolidació de polítiques neoliberals es sobreposava als "new social risks": Aquests riscos "nous" constituïen reptes emergents que estava encarant la humanitat en la transició cap a una societat postindustrial(Chagivov,2009)..

Les societats occidentals de fi de segle XX augmentaren de forma vertiginosa el desenvolupament tecnològic que substituï la mà d'obra i comportà la fi de la plena ocupació, alhora que exigia més inversió en "capital humà" (Mincer,1974; Davenport,2000; Schultz, 1961; Becker,1964). Al mateix temps, s'obre una esquerda cap a una més gran dualització de l'economia mundial, on el Nord Global obté mà d'obra del Sud Global. La bretxa entre rics i pobres s'expandeix i es creen borses de pobresa, treball precaritzat i una "transmissió intergeneracional de la pobresa". A nivell demogràfic, com s'ha comentat en capítols precedents, les taxes de fertilitat fan caiguda, augmenta la longevitat i el risc social que suposa una societat occidental envellida.

Les polítiques de cures passen a considerar-se un nou "risc social" (Taylor-Gooby,2004) i els ciments sobre els que s'edifiquen coincideixen amb la reducció o "retrenchment" i recalibració ("recalibration") dels Estats de Benestar europeus (Rodríguez-Modroño i Matus-López,2016). Cal vincular els canvis demogràfics amb la transformació dels rols de les dones a partir de la seva participació massiva al mercat formal de treball, alts nivells de qualificació femenina que augmenten les demandes d'equitat entre gèneres. A nivell familiar, es passa a les *dual-earner families* que posa evidència i en tensió la manca de corresponsabilitat masculina, empresarial i estatal a l'hora de fer front al treball de cures.

b) El paradigma de la inversió social

En aquest context sorgeix el paradigma de la *inversió social*, aquest terme es consolida a partir del paquet d'Inversió Social per al Creixement i la Cohesió Social per part de la Comissió Europea (2013):

Els sistemes de benestar han ajudat a obtenir millors resultats socials, però fan front ara a les conseqüències del canvi demogràfic i la crisi financera i econòmica. La pressió resultant que s'exerceix sobre els pressupostos públics i el risc que en el futur es produeixin carències estructurals en el mercat de treball fan encara més imperiosa la necessitat de modernitzar les polítiques socials per a optimitzar la seva eficàcia i eficiència, així com la manera de finançar-les. Resulta essencial fer un millor ús dels recursos existents i evitar els possibles efectes adversos de la crisi, tant en els països amb sèries restriccions pressupostàries com en els Estats membres que gaudeixen d'un pressupost més folgat. La competitivitat i el creixement del futur requereixen que s'inverteixi en capital humà per així assentar les bases de la productivitat i la innovació." (P.3 COMUNICACIÓN DE LA COMISIÓN AL PARLAMENTO EUROPEO, AL CONSEJO, AL COMITÉ ECONÓMICO Y SOCIAL EUROPEO Y AL COMITÉ DE LAS

REGIONES. Hacia la inversión social para el crecimiento y la cohesión, incluida la ejecución del Fondo Social Europeo 2014-2020)

Giddens (1998) apuntà, en la seva Tercera Via (compatibilitzant el creixement econòmic amb el desenvolupament social), el nou estat d'inversió social que substituiria l'Estat de Benestar. Esping-Andersen (1999) afegí que la inversió social "complementaria" l'Estat de Benestar (Luque Balbona i Guillén, 2021). La idea latent d'aquest concepte preveia passar d'un Estat de Benestar "benefactor" a un de "previsor o que faci prevenció ex ante", (Kuitto, 2016:445) o el que és el mateix, per a evitar els riscos del mercat, cal promoure polítiques d'ocupació actives que integrin la ciutadania al mercat i els facin actius dins del mercat, més que protegir-los "del mercat". En aquest sentit s'assenyalen tres funcions de benestar social segons *la política d'inversió social*: 1) alleujar el cicle de les transicions del mercat laboral i el cicle de vida 2) elevar la qualitat de l'estoc de capital humà i 3) mantenir les xarxes de seguretat d'ingressos mínims com a protecció social i amortidors d'estabilització econòmica (Hemerijck, 2014).

La política d'inversió social ha rebut crítiques relacionades amb el fet que si es vol aconseguir la integració social mitjançant el treball, què serà d'aquelles persones que resten fora del mercat laboral?. Es recrimina també que "cada cop les persones són més les responsables del seu benestar" (Cantillon y Lancker, 2013:561) i que aquestes polítiques no inclouen la perspectiva de gènere (Jensen, 2009) "el foment de l'activació de les dones i el desenvolupament de mesures de conciliació s'instrumentalitzen amb finalitats demogràfiques i com una solució als problemes de l'envelliment", i aquest fet no duu a la paritat (Luque Balbona i Guillén, 2021). Com pot veure's, l'argumentació és del tot economicista, sobretot perquè el concepte d'inversió social considera que, segons la teoria econòmica una inversió és una despesa en béns que no són consumits, sinó que són utilitzats per una producció futura i posposa el consum per a millorar la capacitat productiva i "és difícil pensar en una despesa social com a merament inversió o com a merament consum", (Nolan, 2013, 2017; Luque Balbona i Guillén, 2021).

La lògica de l'argumentació del model d'inversió social fa referència al fet que una millor inversió en capital humà tindrà un retorn al mercat. És a dir, es classifiquen les polítiques d'inversió social en funció de quin retorn tindran al mercat en termes de productivitat i força laboral (Deken, 2014).

4.4 Recomanacions europees entorn la cura i la dependència. La implantació de règims de cura a la UE

Les primeres manifestacions político-legislatives en que apareix la cura a foren en la primera recomanació sobre les polítiques de dependència i cures de llarga durada de la UE. Fou la Recomanació NR número 91 (1991) relativa a la protecció de les persones treballadores sense estatut professional: les cuidadores i persones de la llar amb responsabilitats familiars i persones voluntàries que es defineixen com *als membres de la família, veïns o altres persones que cuiden i acompanyen les persones dependents, de manera regular i sense beneficiar-se d'un estatut professional que els confereixi drets i obligacions*.

Posteriorment, després de la publicació del Green-paper European social policy (1993), s'aprovà el 1998 pel Consell de Ministres la Recomanació 98 relativa a la dependència en que es defineix com *la necessitat d'ajuda o assistència important per a les activitats de la vida quotidiana*. Dos anys més tard, el Consell Europeu de Lisboa reconeix el risc a la dependència com un problema central de la política social europea. El 2007-08, la Comissió Europea emet el *Health and long-term care in the European Union i Long-term care in the European Union* previs a l'*European Disability Strategy 2010-2020*. Aquesta acció s'inscriu en el marc de l'Estratègia Europe 2020 i es basa en les disposicions de la Community Charter of the Fundamental Social Rights of Workers del Tractat de Lisboa (Viso i Fernández, 2012).

Els governs europeus incorporaren a diferent ritme mesures d'atenció a la dependència, els primers havien estat els països nòrdics qui ja el 1950, havien creat xarxes d'atenció domiciliària en els municipis, que s'oferien com a serveis públics amb accés universal per a tothom i es finançaven via impostos (Rodríguez-Modroño i Matus-López, 2016; Rostgaard et al., 2011). El 1992 es dugué a terme l'*Ådel reform* amb l'objectiu de mantenir l'augment dels costos dels serveis, es descentralitzaren i es deixaren de comptabilitzar com a despeses de dependència. També s'externalitzaren al sector privat. El 2001, s'introduí el *Socialtjänstlagen* i els serveis i les despeses d'atenció a la dependència s'imputaren i formaren part dels serveis

socials. A partir dels anys noranta, els països centreeuropeus incorporaren, sistemes protectors de dependència, com Àustria (1993), Alemanya (1995), França (1996, 2001 i millores el 2004), Luxemburg (1998), Flandes (2001) avançant en la implantació d'una lògica universalitzadora que superava l'assistencialisme dels models de seguretat social i on els serveis socials tindrien un pes central. El model anglosaxó, sota la premissa que l'individu és el propi responsable del seu benestar, no trencava amb l'assistencialisme i donà preeminència la mercat.

Recordem que els països del Sud d'Europa, en el cas espanyol i en concret Catalunya, no visqueren "cap època daurada dels Estats de Benestar Europeus" cosa que fa que "calgui apartar-se d'explicacions sobre l'Estat del Benestar basades en la trajectòria històrica dels EB europeus"(Clua-Losada,2015). Des dels seus inicis l'Estat de Benestar, segons Clua-Losada, "es configura com un EB clarament assistencialista, basat en fórmules poc universals i amb serveis i transferències poc arrelats com a *drets socials*, de fet basats tradicionalment en *drets contributius* i sovint subjectes a canvis polítics". A més a més, el caràcter descentralitzat de les polítiques de benestar a Espanya provoca que s'hagi d'analitzar, en detall, cada comunitat autònoma, amb els seus trets diferencials.

Així doncs, els *països del sud d'Europa* afrontarien aquest fet partint de la solidaritat familiar i lentament, evolucionant cap a sistemes universalistes. Espanya, inicia el procés el 2007 amb la Llei de Promoció a l'Autonomia Personal i Atenció a la Dependència, coneguda com la LAPAD, aprovada el 14 de desembre de 2006, i que entrà en vigor l'1 de gener de 2007. Segons l' informe *Atención a la dependencia en la UE: modelos, tendencias y retos* dut a terme pel Centro de Documentación y Estudios SIIS Fundación Eguía- Careaga Fundazioa- IMSERSO (2011) els models d'atenció a la dependència a Europa comparteixen com a trets comuns el fet de que no substitueixen les famílies; combinen prestacions econòmiques, atenció residencial i serveis domiciliaris; estan regulats públicament i finançats si bé la seva assumpció com a dret social, no discrecional, és tardana ; la concreció del dret és més laxa que en altres sistemes; les persones usuàries participen en el finançament del sistema; la provisió dels serveis és mixta, sector públic, sector privat amb afany de lucre i tercer sector i existeix un cert nivell de coordinació o integració amb el sistema de salut.

4.5 Models d'atenció a la dependència a la UE

Tot i el debat obert de si poden o no comparar-se trajectòries històriques, culturals i polítiques tant diferents i amb el risc de caure en una visió reduccionista però amb la finalitat d'observar els trets generals dins la diversitat de models d'atenció a la dependència, a continuació es mostren de forma sintètica, diverses tipologies o models d'atenció a la dependència a Europa que fan ús d'indicadors tot centrant-se en diferents camps d'anàlisi. Per exemple, Bettio i Plantenga (2004) mostren models o tipologies d'atenció a la dependència a Europa, identificant quatre agrupacions de models de cures en funció del grau *d'assumpció de la cura*: informal, residencial i comunitària.

Quadre 4.1 Models d'atenció a la dependència segons Bettio i Plantenga (2004)

Països	Cura informal	Cura residencial	Cura comunitària
Països Europa del Sud: Espanya, Itàlia i Grècia	Alt	Baix	Baix
(excepció de Portugal)	Baix	Baix	Baix
Països nòrdics: Dinamarca, Suècia i Finlàndia	Baix	Alt-mig	Alt-mig
Regne Unit i Països Baixos	Baix	Mig-alt	Mig-alt
Europa central i occidental : Àustria, Alemanya i Bèlgica	Mig	Mig	baix

Font: Bettio i Plantenga (2004)

Més tard, seguint la tipologia d'Esping-Andersen(1990) referida als models d'Estat de Benestar, es proposen quatre models. (veure quadre 4.3)

Quadre 4.2 Models d'atenció a la dependència segons tipologia Esping-Andersen

Model	Característiques
Model liberal o anglosaxó	<p>UK i Irlanda</p> <p>Orientació selectiva i assistencial, finançat amb impostos i copagament. Sistema semiuniversal sota la lògica de la privatització.</p> <p>L'atenció sociosanitària es desdobra en protecció universal (sanitat) i assistencial (cures personals de tipus social o Cures de llarga durada CLLD)</p> <p>Serveis, ajudes tècniques i prestacions monetàries finançades per la Seguretat Social: <i>Attendance allowance</i>, persones amb discapacitat: <i>Disability living allowance</i> i ajudes a cuidadors familiars; <i>Care allowance</i>.</p> <p>Serveis socials amb gestió municipal per a persones amb carència de recursos i copagament. Prestacions personals a escollir "personal budget" i externalització de serveis. Suport limitat a la persona cuidadora i elevada responsabilitat individual.</p>
Model nòrdic	<p>Suècia, Finlàndia i Dinamarca, Holanda (mixt entre aquest model i el continental de Seguretat social, les cures es gestionen des de sanitat)</p> <p>Dret universal, finançat amb impostos generals i copagament</p> <p>Serveis d'atenció directa i ajudes tècniques</p> <p>Gestió municipal, combinació de provisió pública i cada vegada més privada: emergent model mixt tendent a l'externalització de serveis i a la llibertat d'escollir prestacions i proveïdors.</p> <p>Recolza i substitueix la família cuidadora.</p>
Model corporatiu o continental	<p>Alemanya, França, Àustria, Luxemburg i Bèlgica</p> <p>Dret universal basat en el dret subjectiu amb nivell contributiu (cotitzacions) i no contributiu (impostos).</p> <p>Serveis, ajudes tècniques i prestacions econòmiques topades.</p> <p>Seguretat Social, regions i municipis</p> <p>Ampli suport al cuidador informal</p>
Model mediterrani	<p>Espanya, Itàlia i Portugal</p> <p>Orientació assistencial en evolució a la universal.</p> <p>Impostos generals i copagament</p> <p>Serveis d'atenció directa, ajudes tècniques i prestacions econòmiques topades.</p> <p>Provisió i gestió per part dels ajuntaments, comunitats autònomes, tercer sector i sector privat.</p> <p>Suport limitat a la figura cuidadora informal. La família continua assumint la cura però demanda prestacions per a compatibilitzar inserció laboral i formes de</p>

conciliació entre cures informals i treball remunerat que afavoreixin un repartiment més just entre homes i dones.

Font: Elaboració pròpia a partir d'Esping Andersen

Partint del model anterior, Rodríguez-Cabrero i Marbán-Gallego (2013) mostren l'evolució dels models de cures de llarga durada europeus a través de dos períodes: 1980-2000 i 2000-2010.

Quadre 4.4. Evolució models de cures de llarga durada a Europa

	Model anglosaxó	Model continental	Model nòrdic	Model mediterrani
Reformes del període 1980-2000				
Dret social a la protecció social a la dependència	Dret mixt: universal en atenció sanitària i protecció assistencial en els serveis socials	Dret universal a dos nivells: contributiu i no contributiu	Dret universal	Dret mixt: universal en atenció sanitària i assistencial en serveis socials
Finançament	Impostos i copagament en serveis socials per a qui excedeix d'un nivell de renda	Cotitzacions en el nivell contributiu, impostos en el nivell no contributiu; copagament en la prestació de serveis.	Impostos generals i locals Copagament	Impostos generals, cotitzacions i copagament per qui excedeixi d'un nivell de renda.
Prestacions socials	Serveis i ajudes monetàries. Ajudes tècniques.	Serveis i ajudes monetàries topades. Ajudes tècniques.	Serveis socials i ajudes tècniques	Prestacions monetàries, serveis socials i ajudes tècniques
Responsabilitat d'organització i gestió	Municipal	Seguretat social, regions i municipis	Municipal	Autonòmiques i municipals (o comarcals)

Polítiques de suport cuidador informal	Suport limitat al cuidador i elevada responsabilitat individual	Ampli suport al cuidador informal	Dona suport i substitueix a la família cuidadora	Limitat suport al cuidador informal
Situació actual dels models	Debat polític sobre la universalització de la protecció social a la dependència	Reformes a Alemanya el 2007 per a lograr nous equilibris institucionals i financers del model. Reformes previstes a Holanda	Augment de les prestacions de serveis per part d'empreses privades a Suècia i en general als països nòrdics.	Aprovació de la Llei de la Dependència a Espanya. Llibre Blanc de la Dependència a Itàlia.
Reformes 2000-2010				
Principis orientadors	Consumerisme i individualització del risc	Refamiliarització i remercantilització	Universalització, familiarització i mercantilització dual	Universalisme, familiarització i mercantilització
Accessibilitat	Preferència persones amb gran dependència sense recursos	Universal	Universal	Transició cap a la cobertura universal
Prestacions	Preferències i prestacions monetàries i pressupost personal	Preferència prestacions monetàries i programes de conciliació	Serveis: augment de prestacions monetàries i pressupost personal	Preferència prestacions monetàries Serveis socials municipals i autonòmics i regionals.
Provisió	Privada mercantil	Privada mercantil i tercer sector en declivi	Pública amb creixement sector mercantil	Mixta: provisió tercer sector i creixement sector mercantil

Finançament	Mixta: pública i copagament	Mixta: impostos, cotitzacions i copagament	Pública i copagament	Mixta: impost i copagament. També cotitzacions.
Governança	Fragmentació institucional i regulació central.	Regulació central i gestió regional amb finançament compartit	Regulació central i gestió municipal	Fragmentació amb tendència a sistematització.

Font: Rodríguez-Cabrero i Marbán-Gallego 2013 basat en Gledinning (2007); Huber (2009); Pommer, Weittiez y Stevens (2007); OCDE (2005)

Finalment, segons els resultats de la recerca *A typology of Long-term care Systems in Europe (2010)* dut a terme en el marc de la recerca ANCIEN (Assessing needs of care in European Union), es proposen cinc grups-tipus que engloben els sistemes de cura de llarga durada de 26 països de la Unió Europea.

Quadre 4.5 Tipologia de les cures de llarga durada en els sistemes europeus (2010)

Grup	Característiques
A	Clúster escandinau: Dinamarca, Holanda i Suècia. Orientat a l'atenció formal: àmplia, accessible i assequible. Provisió pública de serveis finançada amb impostos generals i prestada per l'administració local; despesa pública elevada i despesa privada reduïda; Prestacions econòmiques modestes; Reduïda utilització de cures informals, que no obstant gaudeixen d'un elevat recolzament.
B	Bèlgica, Txèquia, Eslovàquia, Alemanya i Luxemburg Atenció formal d'accessibilitat mitjana i certa orientació a l'atenció informal; provisió finançada mitjançant contribucions obligatòries; despesa pública mitjana i despesa privada reduïda; prestacions econòmiques modestes, alta utilització de cures informals amb suport intens a cuidadors/es.
C	Àustria, UK, Finlàndia, França, Espanya, Eslovènia i Irlanda Atenció formal d'accessibilitat mitjana o baixa; certa orientació cap a les cures informals; provisió pública de serveis finançada amb impostos o cotitzacions; Despesa pública i privada mitjana, prestacions econòmiques elevades, alta utilització de cures informals i suport intens a cuidadors/es

D	Hongria, Itàlia, Grècia, Portugal, Polònia Baixa accessibilitat dels serveis formals i orientació clara cap a l'atenció informal; provisió finançada amb sistemes dèbils de finançament, despesa pública i privada baixa, prestacions econòmiques de baixa quantitat, elevada utilització de cures informals sense massa suport.
E	Bulgària, Estònia, Letònia, Lituània, Romania i Croàcia Baixa accessibilitat dels serveis d'atenció formal i orientació quasi exclusiva a l'atenció informal, provisió finançada amb sistemes molt dèbils d'assegurança, despesa pública molt baixa, escassa utilització de prestacions econòmiques, molt elevada utilització de recursos informals que tenen poc suport.

4.6 Polítiques de cures a l'Estat Espanyol

La noció “polítiques de cures” és del tot recent i encara ben poc interioritzada. La cura ha estat atorgada al gènere femení culturalment i històrica a través dels processos de socialització. Encara avui, el seu tractament com a *problema social* constitueix un tema allunyat de l'imaginari social, de l'ordre de *l'habitus col·lectiu*, en els països mediterranis. No obstant, és un repte urgent. Els precedents espanyols previs a la configuració d'un sistema nacional d'atenció a la dependència daten de finals del segle passat. Fins la dècada dels vuitanta del segle passat, Espanya donava resposta a les persones treballadores que es trobaven en una situació de dependència a través de la Seguretat Social amb la *prestació de gran invalidesa* (Art. 137.1 i 139.4 *Ley General de la Seguridad Social*) que establia:

Si el trabajador fuese calificado de gran inválido, tendrá derecho a una pensión vitalicia según lo establecido en los apartados anteriores, incrementándose su cuantía con un complemento, destinado a que el inválido pueda remunerar a la persona que le atienda. El importe de dicho complemento será equivalente al resultado de sumar el 45 por ciento de la base mínima de cotización vigente en el momento del hecho causante y el 30 por ciento de la última base de cotización del trabajador correspondiente a la contingencia de la que derive la situación de incapacidad permanente. En ningún caso el complemento señalado podrá tener un importe inferior al 45 por ciento de la pensión percibida, sin el complemento, por el trabajador.(art 139.4 sobre les Prestacions)

El 1982, aquest complement es fa extensible a les persones amb discapacitat a través de la *Ley de Integración Social a las Personas con Minusvalías* (LISMI), la *Ley General de Sanidad* (1986), el *Plan Concertado de Prestaciones Básicas de Servicios Sociales*

(1988) i la *Ley de Prestaciones No Contributivas* (1990) (Rodríguez-Cabrero i Marbán-Gallego, 2013).

El 1992 s'aprova el *Plan Gerontológico Estatal* constitueix el primer pas per a que la necessitat d'atenció a la dependència entri en l'agenda estatal i dona un impuls a les associacions de gent gran, a les organitzacions per a persones amb discapacitat, i obté reconeixement a través del Diálogo social i el Pacte de Toledo(2003), que en la seva recomanació addicional tercera proposa “configurar un sistema integrado que aborde, desde la globalidad el fenómeno de la dependencia” (De la Fuente, 2006, Rodríguez- Cabrero i Marbán-Gallego, 2013).

El 2005, es publica el *Libro Blanco de Atención a la Dependencia*, que precedirà la Llei 30/2006 per a la Promoció de l'Autonomia Personal i Atenció a les Persones en Situació de Dependència (LAPAD), aprovada el 30 de novembre de 2006 i que es posa en camí a partir del gener de 2007.

L'article 2 de la mencionada Llei, defineix la Dependència com *l'estat de caràcter permanent en que es troben les persones que, per raons derivades de l'edat, la malaltia i la discapacitat, i lligades a la manca de pèrdua d'autonomia física, mental, intel·lectual o sensorial, precisen de l'atenció d'una altra o altres persones o ajudes importants per a realitzar activitats bàsiques de la vida diària o , en el cas de les persones amb discapacitat intel·lectual o malaltia mental, d'altres ajudes per a la seva autonomia personal. I, encara que la Llei no en parla, poden requerir de cures de llarga durada (CLLD)⁶¹. Aquestes, es defineixen com *al conjunt d'intervencions privades i públiques, formals i informals en serveis i prestacions monetàries, socials i sanitàries, per a prevenir, rehabilitar i cuidar a les persones que per algun tipus de deficiència contrauen dèficits funcionals que afecten a la realització d'activitats de la vida diària, tant de tipus personal, com instrumental com relacional* (Rodríguez Cabrero, 2007: 344).*

La Llei 30/2006 per a la Promoció de l'Autonomia Personal i Atenció a les Persones en Situació de Dependència (LAPAD), constitueix un model mixt entre el model nòrdic (cobertura universal i finançament via impostos i cotitzacions) i el model continental (regulació estatal de la valoració de la dependència, garantia d'igualtat en l'exercici del dret subjectiu, prestacions bàsiques per Administració General de l'Estat (d'ara en endavant AGE), valoració de la dependència per graus i nivells i descentralització en les

⁶¹ Les Cures de Llarga Durada formen part de l'estratègia integrada de protecció social de la UE, així com del paquet d'Inversió Social aprovat el 2013.

Comunitats Autònomes⁶² en relació a la planificació i la gestió (Marban-Gallego, Del Pino y Rubio, 2013). La seva implantació, s'inicia a partir de l'1 de gener de 2007, coincidí amb els inicis de la crisi econòmica i financera de 2008, i darrere d'aquesta vingué l'època de recessió i austeritat en relació a tot el paquet de mesures de protecció social dels països Europeus.

La llei preveia el desplegament del *Catàleg de serveis* següent, previst en l'article 15 de la llei, el qual, compren els serveis socials de promoció de l'autonomia personal i d'atenció a la dependència, en els termes que s'especifiquen en aquest capítol:

- a) Serveis de prevenció de les situacions de dependència i els de promoció de l'autonomia personal.
- b) Serveis de teleassistència
- c) Serveis d'Ajuda a Domicili: es distingeix entre: atenció de les necessitats de la llar i cures personals.
- d) Servei de Centre de Dia i de Nit: centre de dia per a gent gran; centre de dia per a menors de 65 anys; centre d'atenció especialitzada i centre de nit.
- e) Servei d'Atenció Residencial: residència de persones grans en situació de dependència, centre d'atenció a persones en situació de dependència en raó dels diferents tipus de discapacitat.

Un any i mig més tard de la implantació de la Llei, la Asociación Estatal de Directores y Gerentes de Servicios Sociales⁶³ en el seu primer dictamen (28 Març 2008) advertia del *desenvolupament desigual de la implantació de la llei en els diferents territoris de l'Estat Espanyol*: “descentralitzats, desconcentrats, centralitzats i “miscel·lània caòtica”, ritmes

⁶² Artículo 11. Participación de las Comunidades Autónomas en el Sistema.

1. En el marco del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, corresponden a las Comunidades Autónomas, sin perjuicio de las competencias que les son propias según la Constitución Española, los Estatutos de Autonomía y la legislación vigente, las siguientes funciones: a) Planificar, ordenar, coordinar y dirigir, en el ámbito de su territorio, los servicios de promoción de la autonomía personal y de atención a las personas en situación de dependencia. b) Gestionar, en su ámbito territorial, los servicios y recursos necesarios para la valoración y atención de la dependencia. c) Establecer los procedimientos de coordinación sociosanitaria, creando, en su caso, los órganos de coordinación que procedan para garantizar una efectiva atención. d) Crear y actualizar el Registro de Centros y Servicios, facilitando la debida acreditación que garantice el cumplimiento de los requisitos y los estándares de calidad. e) Asegurar la elaboración de los correspondientes Programas Individuales de Atención. f) Inspeccionar y, en su caso, sancionar los incumplimientos sobre requisitos y estándares de calidad de los centros y servicios y respecto de los derechos de los beneficiarios. g) Evaluar periódicamente el funcionamiento del Sistema en su territorio respectivo. h) Aportar a la Administración General del Estado la información necesaria para la aplicación de los criterios de financiación previstos en el artículo 32.

⁶³ L'Asociación Estatal de Directores y Gerentes de Servicios Sociales es considera un òrgan avaluador.

molt diferents en les Comunitats Autònomes, inexistència de regulació del copagament, abusos en la prestació econòmica vinculada als serveis quan hi ha una gran carència de centres, i encara no s'havien iniciat els Serveis d'Atenció a Domicili". Per altra banda, en el procés d'implantació hi ha hagut també diferències entre les Comunitats Autònomes a l'hora d'integrar Sistema per a l'Autonomia i l'Atenció a la Dependència (d'ara en endavant, SAAD) en els propis sistemes públics de Serveis Socials aprofitant els recursos ja existents (Cantàbria, País Basc, Catalunya, La Rioja, Navarra, Castella-Lleó i Castella la Manxa), o creant un nou organisme només per al SAAD (Aragó, Astúries, Madrid, València, Balears, Andalusia, Múrcia, Canàries i Extremadura) on les primeres, presenten més eficiència i millor valoració que les segones.

Els factors polítics condicionaren la voluntat en la seva implantació des dels seus inicis, depenent de quin partit governava les comunitats autònomes en aquells moments (Gómez-Gil, 2013). Aquest autor conclou que en el desenvolupament i implantació de la Llei, han influït en el procés factors com les característiques de les persones en situació de dependència, el grau de coordinació i cooperació entre diferents administracions públiques, la voluntat pròpia de cada comunitat en desenvolupar legislacions internes com el País Basc i la Rioja que permeteren situar aquestes comunitats en les més avançades inicialment pel que fa al desenvolupament i transformació dels Serveis Socials.

La qüestió del finançament del SAAD

La Llei 30/2006 preveia que el finançament del SAAD seria compartit a meitats entre l'Administració General de l'Estat (AGE) i les Comunitats Autònomes. Segons Luque Balbona i Guillén (2021), la despesa en cures de la gent gran inicia un augment progressiu des de la dècada dels noranta del segle passat fins l'aprovació de la LAPAD en que s'inicia "una època daurada de les cures de llarga durada entre el 2007-2011, amb un augment acumulat del 75,5% respecte el 2006. Durant el bienni 2012-13, d'austeritat, es redueix la despesa un 14% des del seu nivell màxim (2006). A partir d'aquells moments, la despesa es manté estable. Així, durant els primers anys de la seva implantació (2008-2011) estudis com el de (Gómez-Gil, 2013) constaten l'existència d'una alta variabilitat en els esforços que realitzaren les diferents comunitats autònomes pel que fa a finançament: el País Basc (36% AGE i 64% CA), La Rioja (39% AGE i 61% CA) i Andalusia (46% AGE i 54% CA) aportaren més finançament que

l'Administració General de l'Estat (AGE). Altres comunitats compartiren a meitats els costos d'implantació: Catalunya i Ceuta-Melilla. Però la resta contribuïren menys que l'AGE en el finançament: (per ordre de més contribució a menys) Balears, Navarra, Castella-la Manxa, Aragó, Múrcia, Castella-Lleó, Extremadura, Cantàbria, Astúries, Galícia, Madrid, València, Canàries. Segons Gómez-Gil (2013) existia correlació entre el grau de satisfacció dins d'una escala de valoració sobre 12 punts duta a terme per la Asociación Estatal de Directores y Gerentes de Servicios Sociales, i el grau d'esforç de finançament. Les comunitats com el País Basc, la Rioja i Andalusia estigueren ben valorades, tot i que Catalunya que aportà el 50% també fou valorada en un 7/12, (no passà el mateix amb Ceuta-Melilla que suspenen en valoració). De la resta de territoris, els que aporten quantitats properes a la mitjana com Navarra, Castella-La Manxa, Aragó i Castella-Lleó són ben valorades, però la resta, tenen valoracions negatives (Balears, Múrcia, Galícia, Madrid, Canàries i València).

El 2012, s'inicia un període de retallades de despesa per part dels Pressupostos Generals de l'Estat, mitjançant el paquet de mesures finançades (Real Decreto-ley 20/2012, de 13 de julio, de Medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria y de fomento de la competitividad) on es duu a terme un retrocés del SAAD anomenat "reajustament". Cal mencionar, que degut als límits que ha presentat el SAAD com la insuficiència d'hores de servei d'acord amb les necessitats de molts usuaris, rigidesa en els horaris oferts degut al fet que les hores es destinen a una atenció mínima: moltes vegades consistent en aixecar, dutxar, vestir i preparar esmorzar i medicació de la persona usuària certs dies per setmana, les famílies han optat per la prestació econòmica vinculada a la cura familiar. Aquesta, fins el 2012, permetia una cotització mínima a la Seguretat Social per part de la figura cuidadora, tot i que continuava relegant les dones al treball de cura, sobretot en el cas de dones menys qualificades que optaven per reduir la seva jornada laboral o substituir un treball amb remuneració baixa per cuidar no professionalment. Així doncs, degut al Reial Decret 20/2012 a Catalunya s'observa un descens entre 2013-2016 d'un 15% de la prestació a la cuidadora familiar i en els casos nous un 26% (Ezquerria, 2019). Aquestes prestacions es reduïren notablement passant, en el cas del Grau 1 de 153€ (2012) a 70,73€ (2013). En el grau 2, de 337,25€ (2012) a 104,25€ (2013) i referent al grau 3, de 520,69€ (2012) a 223€ (2013) (Ezquerria, 2019; Montserrat Codorniu, 2014). Aquest fet va fer caure en picat les cotitzacions de les cuidadores no professionals a la Seguretat Social i tot i que no reduïren el seu treball de cures, provocà un augment de la precarietat i dels costos econòmics de les famílies.

El mencionat informe de la CE, *Challenges in Long-Term Care*, dut a terme per investigadors referents a Espanya com Rodríguez-Cabrero, Montserrat Codorniu, Arriba González de Durana, Marbán-Gallego, Moreno-Fuentes, (2018) atribueixen a les retallades ocasionades per la crisi econòmica del 2008, la reducció pressupostària del SAAD.

As a consequence of the economic crisis, the LTC system was modified in 2011, 2012 and 2014 with the aim of reducing expenditure on the SAAD. Currently, the debate focuses on improvement to and sustainability of the system approved in 2007. A Commission for the Analysis of the Situation of Dependency has started work on the revision of LAPAD, in order to improve the sustainability and current financing mechanisms of LTC. (Rodríguez Cabrero i alt. 2018:5)

El 2017, deu anys després de la implantació de la llei, la Asociación Estatal de Directoras y Gerentes de Servicios Sociales elabora un informe molt crític referent a la deficitària aportació per part de l'AGE en el finançament. Segons aquest informe, Les CA i les pròpies persones usuàries estan costejant la major part dels costos del sistema.

Gràfic 4.2 Distribució d'aportacions del SAAD



Font: Asociación Estatal Directoras y Gerentes de Servicios Sociales (2017)

Les dades oficials del govern espanyol, a través de l'informe aportat per Espanya a la Comissió Europea, *Challenge in Long-Term Care*⁶⁴ (2018) fan referència a un 0,9% del

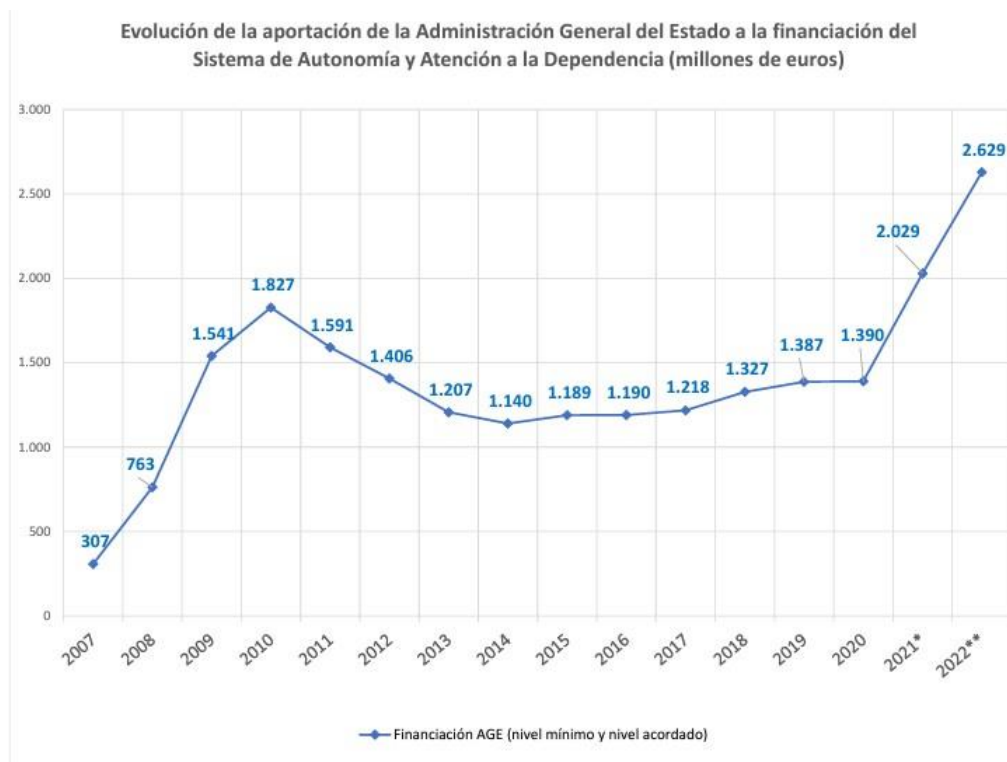
⁶⁴ La despesa en CLD varia en funció de si considerem només la despesa en serveis socials o si sumem la despesa sanitària associada a la dependència. En el cas d'Espanya, s'estima que la despesa pública en serveis socials per dependència es va situar al voltant del 0,9% del PIB el 2013 (Comissió Europea, 2015). Segons altres fonts, la despesa pública es va situar al voltant del 0,7% del PIB el 2016 (Associació de Directius i Gerents, 2017). El finançament del SAAD es va distribuir de la següent manera: 63% per comunitats autònomes, 17% per l'administració central i 20% per copagaments. Aquesta estimació és compartida generalment pels diferents experts (Montserrat Codorniu, 2014; Prada Moraga i Borge González 2015; Oliva Moreno, 2014).

PIB, en front altres fonts com la Asociación Estatal de Directores y Gerentes en Servicios Sociales que segons els seus càlculs era de 0,7%(2017). I públicament afirmen la voluntat d'arribar a l'1,5% del PIB en els propers anys. Entre altres compromisos, Espanya fa la següent declaració d'intencions: 1) Recuperar el finançament per part de l'AGE i clarificar els criteris de copagament. 2) Reduir les llistes d'espera d'accés als serveis i expandir el suport a la llar i als serveis comunitaris. 3) Implementar el model d'atenció centrada en la persona que permeti integrar l'àmbit social i el sanitari, les institucions i la cura familiar, augmentant la participació de les persones en situació de dependència. 4) Millorar la qualitat dels serveis, en especial la qualitat del treball formal. El suport a la cura a casa, enfortint les polítiques socials i els beneficis de reconciliar la cura de les persones dependents amb el treball formal remunerat. 5) Finalment, es reconeix que cal millorar la coordinació entre AGE i CCAA, i municipalitats, perquè les diferències entre territoris referent a la seva cobertura són grans.

Si s'analitzen les darreres dades oficials provinents de l'IMSERSO (2021) l'aportació autonòmica és la que a la pràctica suporta el funcionament del SAAD. A Catalunya, l'any 2020, el 86% de la despesa era coberta per la pròpia Comunitat autònoma i només el 14% provenia de l'AGE. El 2021, arran de la pandèmia COVID-19, l'AGE ha augmentat en un 40-50 % la partida pressupostària per aquesta finalitat, però Catalunya continua aportant el 81% versus el 19% de l'AGE. Per al 2022 s'espera que dupliqui el pressupost amb la finalitat de reduir les llargues llistes d'espera.

Aquests estudis subratllen la necessitat no només de recuperar la despesa perduda durant el període 2012-2015, sinó també de fer un esforç financer per donar resposta al creixement de la població dependent i al repte de millorar la qualitat assistencial i la qualitat de l'ocupació. En cas contrari, el cost de l'atenció recaurà sobre les llars, i la càrrega de l'atenció principalment sobre les dones. Això requereix nous compromisos institucionals i millores en la coordinació de les polítiques d'atenció de llarga durada entre l'Administració central i les comunitats autònomes. Això s'hauria de traduir en una despesa pública propera a l'1-1,5% del PIB, la qual cosa suposa recuperar el nivell de finançament complementari acordat entre l'Administració central i les comunitats autònomes, però suspès el 2012, la finalitat del qual és dur a terme la inversió en serveis. (Informe Reptes en atenció de llarga durada, 2018:12)

Gràfic 4.3 Evolució aportació AGE i CCAA



Font: Nota de premsa relativa als pressupostos AGE. Asociación Estatal de Directores y Gerentes en Servicios Sociales. 2021

El caràcter descentralitzat de la Llei ha conduït a la pràctica a estratègies diversificades en relació al familisme, la professionalització i la mercantilització per a la cura de les persones grans, que més enllà de la legislació depenen, tant de les prioritats polítiques dels governs autonòmics com de la seva cultura de cures, la participació laboral femenina i els models migratoris (Martínez Bujan, 2014).

Martínez Bujan (2014) apunta a quatre models territorials en relació a la organització social de la cura, segons la prioritització des de les diverses comunitats autònomes sobre l'ús dels recursos familiars -familisme-, estatals- provisió de serveis públics o mercantils – contractació de treballadores de la llar i de cures en l'atenció personal i la responsabilitat de la cura a partir d'indicadors corresponents a l'anterior enquesta EDAD (2008) i classifica:

- 1) **Règim familista amb suport públic.** La família és la principal agència de cura, recolzada per l'Administració Pública mitjançant Serveis Socials i transferències econòmiques de gestió directa: dins d'aquest model hi hauria el tipus *Familista subvencionat* propi d'Andalusia (el 84% de les persones són cuidades a casa i

un 33,6% rep transferències monetàries), Aragó i Cantàbria, amb alta cobertura de subsidis, del 30 al 37% combinat amb un ampli paper de la família. I el tipus *Familista professional*, caracteritzat per la promoció del Servei d'Atenció o Ajuda a domicili (SAAD) com a únic servei d'atenció a la llar. Madrid (54,8% dels grans disposen de SAAD), Extremadura, Catalunya, Castella la Manxa, Castella i Lleó i Astúries correspondrien a aquest model.

- 2) **Règim domèstic.** La mercantilització de les cures ha estat l'opció de cures fora de l'àmbit familiar. La contractació de treballadores de la llar es dona per dos factors:

Model domèstic no facilitat públicament, perquè no hi ha protecció pública o el SAAD és minse. Balears (21,2% cuidadores domèstiques) i València (17,8%) es troben dins d'aquest tipus. Hi contribueix l'alt percentatge de persones treballadores d'origen estranger al territori. I *el model domèstic subvencionat*, amb un tipus de política social orientada a prestacions atorgades a cuidadores familiars o per a sufragar el cost de la contractació de persones que exerceixen la cura. Múrcia i Navarra en són exemples.

- 3) **Règim opcional:** al País Basc o La Rioja hi ha un equilibri entre la participació pública en la provisió de serveis, la prestació econòmica, la contractació de servei domèstic i l'ajuda familiar. En aquestes comunitats, les altes prestacions socials potencien la contractació de treballadores a la llar, alhora que permeten que hi hagi altes taxes d'ocupació femenina.
- 4) **Règim familista:** Galícia i Canàries. La cura recau a la família deguda a la manca d'alternatives en la provisió públiques ni privades de serveis. A Galícia la provisió pública del SAAD era del 8,1% i la de transferències un 14,5%, per tant les famílies cuiden en vuit de cada deu casos. En aquests territoris l'índex d'atur femení és elevat en comparació a la mitjana estatal.

4.7 La mercantilització del treball de cures. La transició d'un model familiar a la "care drain": un model protagonitzat per la immigració femenina.

Fou a finals dels anys setanta i vuitanta del segle passat que s'iniciaren els processos de mundialització de l'economia : "The shrinking of the State opened the door to the outsourcing of public services to multinational corporations"(Dowling,2021). Les

conseqüències dels processos globalitzadors, en el marc capitalista d'una economia basada en els preceptes del neoliberalisme, la pressió de l'economia sobre l'intervencionisme públic i les polítiques socials, l'adveniment d'un Welfare Mix, basat en conceptes com el "d'inversió social", i tot això acompanyat de noves formes de gestió o managerització (nova gestió pública o gestió de resultats) de l'Administració Pública, condueixen al fenomen de la *reprivatització del treball de cures*.

Dowling (2021:12) assenyala que "the extreme austerity of the last decade now poses limits to erstwhile business models of privatisation, largely because the guaranteed revenue streams of public funding for privatisation are significantly diminishing". Actualment s'estan creant nous models de negoci, "nous productes financers" i nous serveis. *Reprivatitzar* allò que ja havia estat privat, en mans de la família, per a passar-ho a mans del mercat. I passar-ho en mans del mercat dins l'esfera de la família -refamiliaritzar-. Mercantilitzar o passar una feina abans no remunerada a una feina monetaritzada en un context social en que hi ha una alta demanda social d'aquesta feina, però que per les seves característiques històriques, el tipus d'activitats i la seva feminització el treball de cura i domèstic no té reconeixement social. Aquest fet, el fa fàcilment mercantilitzable. Seria com una mena de "dumping social", aprofitant la desregularització del sector o la manca de voluntat política per a controlar o legislar eficaçment les condicions laborals de les persones que exerceixen les tasques de cura. El dumping social fa referència a la pràctica de les empreses que venen el seu producte a baix preu aprofitant-se dels baixos salaris i les condicions indignes de les persones treballadores. Tot i que el dumping social fa referència originalment, a la pràctica del outsourcing o deslocalització que ha permès a les empreses o grans corporacions abaratir els seus preus a costa de salaris irrisoris en països del Sud Global aprofitant mesures legislatives i laborals laxes en comparació a les del Nord Global, la mercantilització del treball de cures faria referència a una pràctica "deslleial" assimilable. D'aquesta manera, en el context global actual, Dowling (2021) apunta que "to speak of a crisis of care is to speak of the changes to the material conditions for the provision of care-whether within households and families, in communities, by public or social services or through the market, private corporations or agencies" (Dowling,2021:6)

La **crisi global de cures** fa referència a la manca de respostes socials davant l'augment de necessitats vinculades a l'envelliment, l'augment de malalties vinculades a aquest, l'augment de problemàtiques vinculades a la salut mental, l'escassetat pressupostària en salut i educació i serveis de protecció social, la sobrecàrrega del

personal sanitari, a la creixent precarització de les condicions laborals i socials en que s'està duent a terme el treball de cures.

The Care Crisis enquires into the ways in which the continued off-loading of the cost of care **onto the shoulders of underpaid and unpaid realms of society**, untangling how this off-loading combines with commodification, marketisation and financialisation to produce the mess we are living in. (Dowling, 2021, èmfasi afegit per l'autora de la tesi)

Com afirma Dowling (2021) en *The Care Crisis: What caused it and what can we end it?* on analitza la situació actual i el context de crisi de cures a Gran Bretanya “the starting point is to look at the material and structural conditions that show how precarity and insecurity monopolised the care sector: a record number of people rely on food banks, zero-hour contracts are undergoing a significant rise and care workers' wages hover just around the minimum wage”.

La fal·làcia del mercat que oferta “feina flexible i lliure” quan et demana permanent disponibilitat sense garantir-te condicions laborals com els “zero-hours contract” que estan esdevenint una norma al Regne Unit, que exclou cobertura sanitària, vacances ni dret a cotitzar per a una pensió, en són una prova. Dowling apunta que a part de l'estatus econòmic d'aquesta feina, existeix un fort component emocional, que rau en la incertesa o inseguretat provocada per aquestes condicions laborals :“They require someone available even though they might not be given work. Having to make yourself available without knowing whether you will even be called on is more anxiety-producing than it is conducive to greater freedom” (Dowling, 2021:3) i el fet que estiguis sota pressió, encara que no et trobis bé, per por que perdis la feina, acompanyat de la responsabilitat que comporta la cura constitueix “part de la lògica de relegar el treball de cura als reialmes del treball impagat” (Dowling, 2021:3).

Dowling forma part de *l'economia feminista*, que com s'ha comentat, fa una crítica al plantejament epistemològic dels preceptes dels quals parteix l'economia neoclàssica que utilitza la *dicotomia producció-reproducció social* mantenint la mirada posada en la “producció”, el creixement productiu, propi de l'anomenat capitalisme patriarcal. ***Mentre el capitalisme invisibilitza el conflictes en el marc de la reproducció social, subordina les necessitats de les persones i de la vida a l'àmbit productiu, visible, del capital.*** Les epistemologies feministes entenen la producció de béns materials com a mitjans per al sosteniment de la vida, i no a la inversa i l'eix central o la mirada se centra en la “sostenibilitat de la vida”. L'etapa de capitalisme d'acumulació actual, enlloc de posar la mirada en les esferes malanomenades “privades” o “no productives” o tot allò que sosté o fa possible l'esfera “pública”, el “mercat”, la producció de béns i serveis

i altres, obvia o ignora que existeixin mecanismes bàsics o essencials que sostenen la vida, o bé “ho dona per descomptat” com a base no monetària que sosté tot allò que és viu. L'economia feminista neix a partir del fet de posar en valor les tasques atribuïdes socialment a les dones, que són tasques de tothom i posa el focus en tot allò que permet o fa possible “la reproducció de la mà d'obra” (Adam Smith) o la “força de treball” (Marx). Marx diria “la constant conservació i reproducció de la classe obrera és sempre condició constant de la reproducció del capital” (Marx, 1867, citat per Pérez Orozco, 2014).

L'estat postpandèmic actual ha alertat els Estats en relació a la urgència d'augmentar el percentatge del PIB dels països en “inversió social en treball de cures”. Molts autors com Durano(2022) adverteixen dels perills sobre les promeses dels Estats en augmentar el finançament en cures: “The promise of 300 million global jobs in care as a key feature of recovery from the Covid-19 pandemic is a tempting invitation for investors seeking new profit opportunities, especially if more public monies are committed.” Aquest fet, està conduint a processos de financerització⁶⁵ global de les cures. La *financerització* de les cures fa referència a l'emergència de grans corporacions empresarials les quals ja han posat el punt de mira en el sector sanitari i de cures com a eix clau de beneficis futurs. En relació a l'emergència i necessitat de creació de nous llocs de treball en el sector de les cures, un altre perill, és la desigualtat salarial entre gèneres. La OIT, l'ONU i la OMS han presentat el 13 juliol de 2022 un informe, a partir de les dades de 54 països que representen el 40% de les persones treballadores en el sector, sobre la *bretxa salarial de gènere* en el sector de salut i de cures. Les dones representen dos terços de la massa salarial en aquest sector. La bretxa és d'un de 20-24% entre homes i dones. Es reivindiquen sistemes de protecció social universals i es demana voluntat política per al sector assistencial de salut i de cures. El sector de la salut és un dels que més creix en termes d'ocupació femenina. En els països de més ingressos el 10% de les persones treballadores hi treballen, en països de menys ingressos només és l'1%.

⁶⁵ La financerització és un procés de l'actual economia capitalista en la qual les finances s'han tornat extraordinàriament poderoses, penetrant les vides quotidianes i les decisions polítiques internacionals, nacionals, regionals i locals. Es basa en l'**especulació de diferents productes financers no lligats a l'economia real**, que es compren i venen, generant plusvàlues d'origen “fictici” per no estar relacionades al valor d'un bé material sinó al seu valor futurible.

La globalització, entesa com a l'expansió del capitalisme per tot el món, ha promogut l'**expansió del paradigma neoliberal de la liberalització de les finances, rebaixant així barreres, eliminant regularitzacions i mecanismes de control**. A través de decisions polítiques, que en gran mesura han estat influenciades per *lobbies* financers, s'han creat una cartera immensa de mecanismes que permeten extreure el màxim de beneficis de l'economia productiva i reproductiva.

La predominança de les finances es veu reflectida en molts àmbits de la vida quotidiana. Experimentem una financerització de l'energia, de les infraestructures, l'habitatge, l'educació, la sanitat, l'alimentació, les polítiques d'ajuda al desenvolupament o del clima. En lloc de finançar projectes en aquests àmbits -per promoure l'economia i el desenvolupament-, avui en dia la lògica predominant és **fer els beneficis màxims a través del endeutament, sense tenir en compte els valors dels béns i serveis comuns**. Tot és mercantilitzable i tot es torna un producte financer, un *asset class*. (Observatori del Deute en la Globalització, 2022 <https://odg.cat>)

En els països de més ingressos hi ha un 75% de dones en el sector versus el 65% en els països de menys ingressos. La feminització del sector, el factor maternitat i altres penalitzen a les dones, ja que les dones presenten una major formació i no ho justifica. Es recomana més inversió en treballs decents, cal refermar la legislació, millorar la negociació col·lectiva. La bretxa de cures o *care-gap* fa referència a la distància o discrepància en relació a les bones pràctiques en la cura i la realitat real existent.

4.8 Migracions femenines i cura

La globalització suposà la capacitat de moure la producció a parts del món on la mà d'obra és més barata i on hi ha menys regulacions, la financerització suposà el perseguir beneficis a través de les rendes i interessos, en oposició a l'activitat productiva (Dowling, 2021). En relació a les cures però, "la producció no es mou on la mà d'obra és més barata, en el seu lloc, les persones treballadores que formen part del món on la mà d'obra és més barata es mouen on es requereix treball de cura"(Dowling,2021:13).

Nancy Fraser, en la seva anàlisi sobre les contradiccions del capitalisme, situa la fase actual o tercer règim de capitalisme globalitzat finançat com la fase en que s'ha traslladat la fabricació a regions de baix salari, ha reclutat dones a la força de treball remunerada al mateix temps que ha dut a terme una desinversió estatal i empresarial del benestar social. Com a conseqüència, l'externalització de les tasques d'atenció a famílies i comunitats, de forma que els Estats han disminuït les capacitats per a realitzar-la, i afegeix "el resultat enmig de la desigualtat creixent, és una organització dualitzada de reproducció social mercantilitzada per a aquells que poden pagar-la privatitzada per als que no poden, recolzat sobre l'ideal de família amb dos sous" (Fraser,2016).

Degut a la insuficient cobertura d'aquests serveis, les famílies es veuen obligades a recórrer al "Mercat de les Cures", sigui a través d'empreses privades, entitats socials o a través de particulars. En el millor dels casos algunes famílies recorren al conveni del Règim de treballadores de la llar i de cures, col·loquialment "servei domèstic", però en molts altres casos, es recorre a *l'economia informal o economia submergida*, sigui perquè no es vol sufragar per part de les famílies els costos que suposa la contractació de la persona que et dona els serveis, sigui per acords informals amb aquestes persones, i en el cas de les persones "sense papers", perquè la seva situació d'irregularitat està sotmesa, segons la Llei d'Estrangeria a passar un temps abans d'assolir la residència i la possibilitat d'ésser contractada Així doncs, la privatització,

l'externalització i la mercantilització de les cures ja fa temps que està normalitzada, però desregulada, ignorada i invisibilitzada.

En definitiva, podem afirmar que s'ha consolidat, ja des de fa dues dècades, *una estratègia de privatització de les cures familiars a través del treball domèstic* (Martínez-Buján:2014).

Bettio, Simonazzi i Villa (2006), Bettio i Plantenga(2014) i ja alertaven sobre els canvis en els models familiars de cures que els països mediterranis, s'estaven gestant, units al boom migratori en el marc de la globalització :“The region is at the receiving end of the flow of increasingly feminized migration that has been dubbed the care drain in somewhat irònic parallelism to the brain drain” (Bettio, Simonazzi i Villa 2006:272) Aquesta “fuga de cures”(Ehrenreich & Hochschild,2003) per part dels països emissors en molts casos ha derivat a una crisi d'activitat en aquells llocs: “l'exportació de cures”, per exemple, va constituir la més gran font d'ingressos estrangera a les Filipines, comptabilitzada en quasi 7 bilions de dòlars el 1999 (Salazar Parreñas ,2000). Aquest fet ha creat l'expansió del que s'han anomenat *famílies transnacionals o maternitats a distància* (Sorensen i Vammen, 2013).

4.9 Les Cadenes Globals de Cures

El concepte *Cadenes Globals de Cures* (CGC) sorgí fa dues dècades i es defineix com als vincles que es creen a través de la importació i extracció de la cura i afecte de països empobrits o del sud global⁶⁶ a països més enriquits d'Occident. Les persones immigrants, dones en la seva gran majoria, duen a terme una part del treball reproductiu dels països més rics mentre han de delegar les seves responsabilitats familiars a altres dones de la família que romanen al país d'origen (àvies, tietes o cosines) o bé amb treballadores connacionals amb menys recursos per a que se n'ocupin (Hochschild & Ehrenreich,2000).

Hochschild, en la seva conceptualització, assenyalava *el valor excedent* extret de les cases de les famílies migrants cap als països rics, deixant enrere les seves pròpies famílies per a cuidar-ne altres. “les mares desvien el seu temps i energia disponible

⁶⁶ FitzGerald Murphy (2014) utilitza els conceptes de Wallerstein de nucli, semi-perifèria i perifèria. Es refereix com a “periphery countries” als del Sud global i “core countries” als països occidentals o del nord global

d'aquells qui són els seus destinataris legítims, per vincles o lligams comunitaris" (Hochschild, 1997). Ahora, s'entén que en aquest procés es fa una assistència global de caràcter jeràrquic: "les tasques de la dona es deleguen en dones que en cada cas ocupen una posició inferior en la jerarquia social per raó de nacionalitat, origen ètnic o classe⁶⁷" (Hochschild, 2002).

Cal tenir en compte que els Estats emissors i receptors participen en aquests processos, facilitant i tolerant aquesta mobilitat, en molts sentits. Saskia Sassen⁶⁸ ho exposava en profunditat amb el que anomena "circuitos globals de supervivència" davant la disminució del poder dels estats en el marc de la globalització i el sorgiment del concepte "ciutat global"- plataforma organitzativa que conformen les relacions entre el Nord i el Sud Global. Els països del Sud Global, subjectes al règim de finançament del deute extern, constitueixen els escenaris que faciliten i depenen de les remeses de les persones migrades.

Yeates (2012) fa un paral·lelisme entre els processos d'internacionalització i outsourcing de l'economia i les cadenes que es generen, de manera que la subcontractació o outsourcing mobilitza una provisió de treball de cures a través de xarxes de parentiu i de no parentiu, de la mateixa manera que els mecanismes del mercat. La internacionalització en el cas de les llars dels països que envien gent, pren la forma de migracions duta a terme per mares que exerciran treball de cures a l'estranger o en el cas de les llars de destí, de contractació de mà d'obra estrangera. Aquests processos poden incloure la intermediació estatal o no estatal. Aquestes estratègies causen una xarxa internacional de famílies compreses per llars transnacionals (Yeates, 2005).

Dins d'aquest marc, la globalització ha comportat noves formes d'estratificació social, una estratificació global que s'ha relacionat, no sense discussió, amb les *Cadenes globals de mercaderies* (GCommC)⁶⁹ (Yeates, 2009). En aquest sentit, ampliant el concepte inicial de Hochschild de CGC i partint d'una metodologia d'anàlisi de xarxes, les cadenes funcionarien de forma que hi ha una dispersió geogràfica però coordinada de famílies vinculades per proveir i consumir cura o treball de cura. Tot i així, la mercantilització transnacional de l'atenció és diferent de les altres formes de mercantilització de l'economia política mundial perquè el treball d'atenció directa - el

⁶⁷ o el que és el mateix, interseccionen diferents opressions sobre el gènere femení.

⁶⁸ *Contrageografías de la globalización* (2003) Sassen, Saskia

⁶⁹ Procés integrat internacionalment de vincles econòmics entre les corporacions i els treballadors mitjançant el qual les mercaderies es transformen en béns i serveis i es distribueixen per tots els consumidors del món
https://sociologydictionary.org/global-commodity-chain/#definition_of_global_commodity_chain

treball necessari per preparar els humans a viure cada dia, inclosa l'atenció a les necessitats corporals dels malalts, fràgils i joves, així com de els adults sans i els espais on viuen no són una mercaderia. Si una mercaderia és una cosa per la qual es pot rebre diners a canvi, aleshores en algun sentit el treball de cura és una mercaderia. Tanmateix, si bé la gent es pot pagar per la seva feina, mesurada pel temps dedicat, la mesura de l'atenció es resisteix a convertir-lo en un altre bé o servei que es pugui vendre al mercat. Atesa la seva intimitat física i psíquica, una bona cura creix a partir de la confiança que hi ha entre les persones que ofereixen i reben atenció. Per tant, la cura crea una relació entre les parts que cuiden i que tenen cura, i aquesta relació no és una "cosa"(Tronto,2011).

El treball de cures implica una relació entre cuidadora i persona cuidada, per una banda, i implica un treball físic i emocional, difícilment mesurable com a mercaderia. Si es pot mesurar el treball físic, o el temps de cura, el treball emocional que duen a terme les persones cuidadores, s'ha de valorar d'una altra manera que no sigui en terminologia de mercat.

En aquest sentit, l'economia feminista qüestiona el fet que els mercats siguin el centre tant del coneixement com de l'estructura socioeconòmica, denunciant els models neoclàssics de l'economia que sostindrien discursos neoliberals a nivell polític on allò "mercantilitzable" és l'únic que existeix. Segons Pérez Orozco (2014), aquest model ha negat la importància econòmica de l'esfera privado-domèstica, el treball no remunerat exercit per les dones anomenades "cuidadores no professionals"; i les tasques de la llar. Una mirada feminista de l'economia aposta per a articular pensament i conflicte des d'aquestes esferes invisibilitzades.

Les cadenes globals de cures es refereixen doncs, a les xarxes transnacionals que es creen per a sostenir quotidianament la vida i al llarg de les quals, les llars i en ells les dones es transfereixen cures de les unes a les altres amb base a eixos de jerarquitzaació social (Pérez Orozco, 2014)

Tot i que aquestes "cadenes", com a tals, no són noves, perquè de fet la cura s'ha dut a terme sempre a partir de transferències marcades de desigualtat com en la llarga història de les dones, com a exemple tenim les dones rurals que anaven "a servir" a les ciutats o localitats més grans com a forma de supervivència i com a mesura per a reunir recursos per a casar-se, avui dia, el que sí que és nou, és el seu abast global, que implica sistemes injustos de cures en llocs diversos del món i la seva interdependència.

Segons Pérez Orozco (2014), les CGC mostren avui tres processos: en primer lloc, *una reprivatització de les cures*: aquestes segueixen essent un tema que es resol dins allò “domèstic” amb els recursos disponibles privadament, temps per a cuidar de franc o diners per a comprar cura proporcionada per altres persones. L'Estat mostra la seva absència, i en la seva forma d'intervenció promou l'ús de solucions barates o semi-mercantilitzades per a gestionar la cura, com per exemple, els Serveis d'Atenció a Domicili, proporcionats per l'Ajuntament de Lleida o els Consells comarcals. En segon lloc, *les cadenes actualitzen l'ètica reaccionària de la cura i reconstrueixen la naturalització del vincle de les dones amb la cura* de manera que la masculinitat resta immòbil. En tercer lloc, *el nexa cura-desigualtat es rearticula* i ve cada cop més marcat per alineaments d'hegemonia global i per l'estatus migratori. La divisió sexual del treball s'internacionalitza i la localització de cada qual en un ordre global desigual és un factor de creixent importància a l'hora de definir qui i com accedeix a cures dignes i a costa de qui ho fa.

Les CGC varien segons la llargada, la propagació geogràfica i la seva força de connexió, però creen relacions globals de desigualtat en el sentit que *forgen lligams entre serveis de provisió d'adults i receptors de serveis*, de la mateixa manera que entre els seus fills i filles, basats en relacions socials de desigualtat. Predominen dones adultes de països empobrits que serveixen tant a adults com a infants dels països destinataris. En segon lloc, aquestes xarxes són el mecanisme clau a través del qual *s'extreuen les fonts de cura dels països més pobres* transferint-la als més rics (Yeates, 2012)

Per tant, el concepte inicial segons el qual “una cadena de cures típica estaria formada per una filla gran d'una família pobre que cuida els seus germans mentre la seva mare treballa cuidant altres infants, o una “nanny” migrant que, al mateix temps, cuida dels fills d'una família en un país ric”(Hochschild, 2000:135) s'ha anat adaptant a cada context històric⁷⁰, analitzant-lo des de diferents punts de vista, i en relació a la transnacionalització de la cura. Per la seva banda, FitzGerald Murphy⁷¹ fa referència a l'expansió de CGC assenyalant per exemple la recerca de Manasalan IV(2008) que investiga el fenomen queer al mateix temps que qüestiona el caràcter excessivament

⁷⁰ From the early simplistic portrayal of GCCs has emerged a rich appreciation of diverse historical context and antecedents, intra-and cross-sectoral dynamics, and wider sociocultural, economic and political considerations variously shaping demand care labour migration(Yeates,2012)

⁷¹ FitzGerald Murphy en Global Care chains, Commodity Chains and the Valuation of Care: a theoretical discussion. American International Journal of Social Science Vol 3.No 5 October 2014

“heteronormatiu” de molts estudis; Sassen(2002) que mostra com les CGC es vinculen a la feminització de la migració; Salazar Parreñas (2000) que proveeixen d'informes sobre la crisi de cures a les Filipines,⁷² i les aportacions de Yeates(2004, 2005, 2009) que amplia la literatura incloent l'anàlisi de les habilitats de treballadores de cures.

Les aportacions de Yeates (FitzGerald Murphy, 2014), s'han centrat en la manca de qualificació del treball de cures (*nannies* i treballadores domèstiques) posant atenció en les treballadores migrants de cures i els seus diferents nivells ocupacionals per a reflectir l'augment de treballadores qualificades o mà d'obra especialitzada, i aquest fet ens mostra que en les CGC hi ha una gran diversitat de treballadores en les xarxes migratòries i aquest fet ens ha de fer adonar que cal contrarrestar l'estereotip de les treballadores de cures com a dones desesperades i desqualificades. Per altra banda, proposa anar més enllà per a capturar l'abast dels rols familiars que ocupen les dones migrants (Yeates, 2009). D'aquesta manera podrem comprendre com el treball de cures intermedia en la prestació de cura familiar. També qüestiona les anàlisis heteronormatives que sovint es fan de les dones cuidadores, per a examinar les múltiples posicions que ocupen les dones i els molts constructes familiars que hi ha. En tercer lloc, Yeates afirma que mentre les anàlisis originals de les CGC fan referència a la provisió social de la cura, hi cal englobar la provisió d'altres tipus de cura com la salut, l'educació, religiosa i sexual. En quart lloc, les tasques que duen a terme en el treball de cures són sovint molt variades i de moltes tipologies. Finalment, insisteix en la necessitat de contextualitzar i historiar el fenomen.

⁷² Salazar Parreñas. The Care Crisis in the Philippines: Children and Transnational Families in the New Global Economy.(2000) capítol dins Global Woman. Nannies, maids and sex workers in the new economy. Ehrenreich & Hoschschild

Capítol 5. LA CURA REQUEREIX DE RESPOSTA: LA NECESSITAT DE VISIBILITZAR LA DIVERSITAT EPISTÈMICA

Aquest capítol versa sobre la necessitat d'abordar respostes en relació a l'estat actual de crisi de cures des d'una perspectiva de gènere o feminista partint dels marcs conceptuals que ofereixen les epistemologies⁷³ feministes. Al mateix temps es duu a terme una contraposició amb els discursos provinents dels marcs *hegemònics normatius* que incorporen les qüestions de gènere com a “mainstream” per una banda, o com a “annex” o “complement d'ús obligat” avui dins de la narració científico-acadèmica, però que ometen la centralitat del gènere en les seves anàlisis.

5.1 Epistemologies feministes i respostes al debat de les cures.

La preocupació en relació a la necessitat de donar o crear respostes al debat de les cures o al fenomen de la crisi de cures es pot relacionar amb els vells debats dins del feminisme en una primera fase, sobre les conseqüències de la *divisió sexual del treball* i la urgència de la seva *redistribució* en termes de justícia social o *paradigma de la igualtat* - anys 60 del segle passat- en que els feminismes es vinculaven a la reivindicació de la igualtat (Posada Kubissa, 2015; Fraser, 1997; 2008; 2009). Fins a nous debats, en una segona fase emmarcada en la caiguda del comunisme i l'auge del neoliberalisme on el feminisme entra en “l'òrbita de la identitat” (Posada Kubissa, 2015:9). En el marc de les reclamacions de la política de la identitat femenina sobre *el reconeixement de les diferències entre dones* en termes de justícia cultural o *paradigma de la diferència*, en el marc filosòfic que debatia la contraposició entre universalisme i multiculturalisme (Posada Kubissa, 2015; Fraser, 1997; 2008). Fraser, a “Scales of justice: reimagining political space in globalizing world” (2009), proposa una tercera fase caracteritzada pel *paradigma de la representació*, dins del feminisme contemporani, caracteritzat pels moviments transnacionals i les seves polítiques i espais emergents.

En un marc històric i cultural amb un imaginari social que atorgava (i ho continua fent) a les dones la responsabilitat -del llatí '*responsum*': "donar resposta en el sentit de

⁷³ L'Epistemologia és la doctrina dels fonaments i els mètodes del coneixement científic. És la recerca sobre la naturalesa de la pràctica científica. S'encarrega de saber com es desenvolupen, avaluen i canvien les teories científiques, o com es fa la ciència (...) tracta també de relacionar els coneixements científics produïts amb la realitat; dels mitjans que la ciència utilitza per a determinar la validesa de la informació; dels tipus de raonament utilitzats per arribar a conclusions i les implicacions dels diferents mètodes i models de ciència. Des de la ciència es pot focalitzar la mirada sobre un fenomen o un altre, però el que es coneix del fenomen observat, dependrà dels camins per accedir al coneixement que s'hagin escollit, el que determina també les preguntes de recerca i mitjançant quins mètodes es busquen les respostes” (Velasco, 2009).

compromís i obligació”- de les cures, des dels vestigis de la salarització industrial en que construeixen dicotomies entre allò públic i privat, i d'acord amb els discursos hegemònics de domesticitat propis del model fordista-keynesià de mitjans de segle XX que duïen implícits un pacte reproductiu heteronormatiu: “taking care in order to be cared for, that was the heteronormative reproductive deal of the post-war era” (Dowling,2021), *el traspàs o transició* d'aquests rols cap a un altre “estat de les coses”, l'equiparació de drets entre dones i homes i el seu reconeixement social, topa amb un conflicte social entre gèneres, les posicions del qual disten encara d'apropar-se, considerant que l'estructura social hegemònica encara està encapçalada per mirades androcèntriques. Audre Lorde plasma encertadament aquest problema dient que “les eines de l'amo mai no enderrocaran la casa de l'amo”(Conway, 2019).

Des d'un punt de vista sociològic, “tocar aquest tema a fons” implica comprendre que hi ha implícits clars jocs de poder. El poder entès com a “capacitat d'incidència social” de col·lectius socials considerats invisibles o útils i “donats per descomptat” per un sistema econòmic que s'ha sustentat, naturalitzat, servit o “assegut històricament a sobre” del treball de cures no pagat o mal pagat. Aquest fet suposa una subversió. El coneixement s'ha construït socialment sobre la base d'aquells qui l'imposen, creen o controlen. Així doncs, cal aixecar la mirada cap a altres epistemologies ja que “*la diversitat epistèmica del món és molt gran*”(De Sousa, 2022), que deixin veure o donin veu a les persones que no la tenen atorgada. El sociòleg De Sousa (2022), reivindica que “no hi pot haver justícia social sense justícia cognitiva o entre sabers”. Parteix d'un discurs activista que proposa “descolonitzar els sabers” i obrir els ulls a una ecologia de sabers que consideri “els altres sabers”.

Les epistemologies feministes elaboren propostes que qüestionen l'hegemonia de saber dominant, que encara que no sigui l'únic vàlid, rep legitimitat social, política i econòmica, i a la pràctica actua com a únic vàlid, davant altres tipus de coneixements invisibilitzats, no reconeguts, no valorats. Dins del marc de l'anàlisi crítica sobre quins tipus de sabers una societat considera vàlids, aquesta tesi pretén recuperar o posar en valor sabers, experiències i conflictes sorgits del treball de cures realitzat en la seva majoria per dones que encara avui són negats i profundament invisibilitzats.

El capitalisme, com a sistema de producció econòmic mercantilista i en la seva naturalesa, *depredador*, ha fet ús històric de la desigualtat per a la seva existència, a través de l'ús forces de treball en situacions d'esclavatge o quasi esclavatge en tractar-se de treball infrapagat o no pagat, per part d'una part de la població, per servir-se'n l'altra part. Des del punt de vista de les poblacions que "no tenen veu", De Sousa (2022) alerta de la necessitat urgent de passar de la "sociologia de les absències" d'aquells col·lectius que han estat colonitzats, racialitzats, invisibilitzats i anul·lats a una "sociologia de les emergències" que conquereixi allò destruït, envers el reconeixement-reconstrucció dels seus drets.

La **crisi de cures** sorgeix en el marc de transformacions sorgides en el marc de lluita per la justícia de gènere, deguda en gran part a que les dones, ja a la dècada dels seixanta i setanta⁷⁴ del segle passat, manifestaren i expressaren públicament, la necessitat de vèncer una realitat travessada per desigualtats socials històriques en relació al treball domèstic i de cures. Com a crisi, indueix al canvi que actualment genera dins la realitat un "buit" en l'assumpció de responsabilitats. Davant la manca resposta social i política, s'està optant per la *refamiliarització*, *la remuneració* i *la mercantilització* de les cures. Les cadenes globals de cures constitueixen un "arranjament" o aparent solució a dia d'avui, en un marc capitalista assedegat de transformar-se de forma camaleònica en vista a generar beneficis o rendibilitat en cadascuna de les transaccions. "A care fix entails the management of the care crisis that resolve nothing definitively" (Dowling, 2021), car la crisi es manté soterrada, mitjançant un desplaçament del problema, i prosseguint a descarregar-lo als sectors no remunerats o mal remunerats de la societat.

5.1.1 Teoria moral i ètica de la cura

La cura duu implícites qüestions d'ordre moral i ètica que alhora cal relacionar amb el concepte de justícia. Des del *feminisme de la diferència*, la psicoanalista i feminista Chodorow, assenyalava com els sistemes sexe/gènere determinen diferents construccions del Jo, enquadren les persones des dels moments de néixer, i determinen

⁷⁴ Les idees d'invisibilitat de l'espai privat i de dependència que representa per a les dones la seva gratuïtat centraran els debats dins del feminisme a l'hora de relacionar patriarcat amb capitalisme. El feminisme veuria el capitalisme com a sistema que fa ús de la mà d'obra⁷⁸ femenina per a reproduir-se en la seva força de treball. Segons Delphy (1982), el treball domèstic suposa un mode de producció específic organitzat en funció d'una disponibilitat permanent al servei de la cura i que anomena Mode de producció domèstic. Iris Young (1996), considera, per la seva part, que el capitalisme i el patriarcat són dos sistemes que interaccionen i fan útil la divisió sexual del treball, originària del sotmetiment de les dones

el tipus d'actituds de nois i noies en consonància amb el tipus d'identificació amb la figura masculina o femenina. Les nenes creixen emmirallant-se amb la mare i reproduïxen actituds d'empatia i preocupació pels altres i en canvi, els nens creixen conformant una identitat en oposició a la mare, marcada per la separació i que condiciona actituds d'autoafirmació més fortes que en el cas de les noies. L'autora parteix que la separació amb la mare és crucial per a la formació de la virilitat. En el cas de les noies, la idea de feminitat no passa per aquesta requerida separació i poden conformar la seva identitat sense individualitzar-se ni separar-se de la mare. Per altra banda, en el debat sobre *l'ètica de la cura* de Carol Gilligan, en *A different voice* (1982) en front *l'ètica de la justícia* de Lawrence Kohlberg, on es plantegen dilemes morals hipotètics, Gilligan qüestionà el formalisme, el cognitivisme i les pretensions d'universalitat d'aquest paradigma. Gilligan reclamava incloure *el valor de la cura i una ètica de la cura* en el cas de les dones, repensant la teoria de desenvolupament moral de Kohlberg segons el qual la finalitat de *l'ètica de la justícia* faria referència, en tot cas, a la manera de comportar-se dels homes. Gilligan dubtava de que el model de desenvolupament moral del judici de Kohlberg pogués reclamar universalitat davant les dificultats d'aquest model per a donar comptes dels judicis i el sentit del propi jo que tenen les dones (Benhabib,1992). Intenta demostrar-ho en una recerca on entrevista pre-i-post a 29 noies de 15 a 33 anys que es trobaven en el tercer trimestre del seu embaràs i consideraven l'avortament. Gilligan es pregunta "how did I concern about conceptions of identity and morality come into play, not in hypothetical problem solving but in actual situations where you have to live with the consequences of your decision". En aquestes entrevistes Gilligan descobreix que les dones construeixen de forma diferent els problemes morals, i ho fan a partir d'una idea de "connectivitat" més que de "separació". Les noies entenen la moralitat com el fet de "no fer mal". *L'ètica de la cura*, segons Gilligan al·ludeix a diferències entre gèneres a l'hora de desenvolupar valors morals, que en el cas de les dones s'orienta a la cura i la solidaritat enfront l'ètica de la justícia que es pretén universal. Així, la "qüestió moral", com a construcció social i sistema de dominació introdueix diferenciadament mecanismes interioritzats entre gèneres, que corren el perill de naturalitzar-se.

5.1.2 L'economia feminista

L'Economia feminista té unes tres dècades de vida. Visqué un moment decisiu el 1990 durant la conferència anual de l'American Economic Association, que inclogué un panell, amb el volum *Beyond Economic Man* de Ferber i Nelson (1990).

For a variety of reasons, feminist have been slower to establish a toehold within economics than within other social science and humanities disciplines. Although feminists have struggled at the margins of the discipline for over a century, we established an institutionalized presence only recently. It has been almost fifteen years when I attended an attention-grabbing panel titled Can Feminism Find a Home in Economics? At the Allied Social Science Association/ American Economic annual meetings in 1990. Prior to that session, the word "feminism" was not part of lexicon in the field. (...) Within two years the International Association for Feminist Economics (IAFFE) was born. For a significant number of economists who were feminists, the phrase feminist economist became an important, more accurate, descriptor of our identity and our feelings of isolation in a male-dominated and androcentric discipline began to change." (Deborah Figart, 2003:213⁷⁵)

Es tracta del primer text que qüestiona la teoria econòmica des d'una perspectiva feminista i el procés es consolida amb la creació de la International Association For Feminists Economics (IAFFE) el 1992. Aquesta associació publica la revista *Feminist Economics Today: Beyond Economic Man* (Ferber i Nelson, 1993) que serà la primera revista d'aquesta naturalesa.

L'economia feminista aporta una visió crítica de la construcció conceptual de molts dels temes econòmics propis de l'economia clàssica convencional, per considerar-los definits sota visions androcèntriques o culturalment masculines (Carrasco, 2006). La finalitat d'aquesta, seria aconseguir més inclusió de gènere. Suposa una visió que inclogui i incorpori espais considerats privats, reproductius, invisibles: els anomenats "espais de cura". L'Economia feminista com a disciplina que *posa al centre les cures*, inclou preocupacions socials, ambientals i de gènere. Des d'aquesta perspectiva, l'economia no és reductible als mercats, sinó que l'economia és o significa mantenir la vida (Pérez Orozco:2014). És útil revisar l'origen etimològic del mot *economia*: οἶκος [oikos], «casa», i νόμος [nomos], «lleis») que estudia literalment la gestió de la llar i en aquest sentit, ens explica *com s'organitza una societat per a produir i reproduir-se socialment de manera que satisfaci necessitats de subsistència i garanteixi la qualitat de vida de les persones*. Per tant, inclouria tot allò que està *a sota i està sostenint* aquests mercats com és *l'economia de cura*, indispensable per a la vida, que necessàriament inclouria el temps i l'espai per a la cura de les persones grans dependents, infants i persones malaltes. En un sentit ampli doncs, es tracta d'una economia al servei de les persones. Una economia al servei de la vida i que permeti la sostenibilitat de la vida.

⁷⁵Ferber & Nelson. *Feminist Economics Today* (2003) Vol 17 (2005)

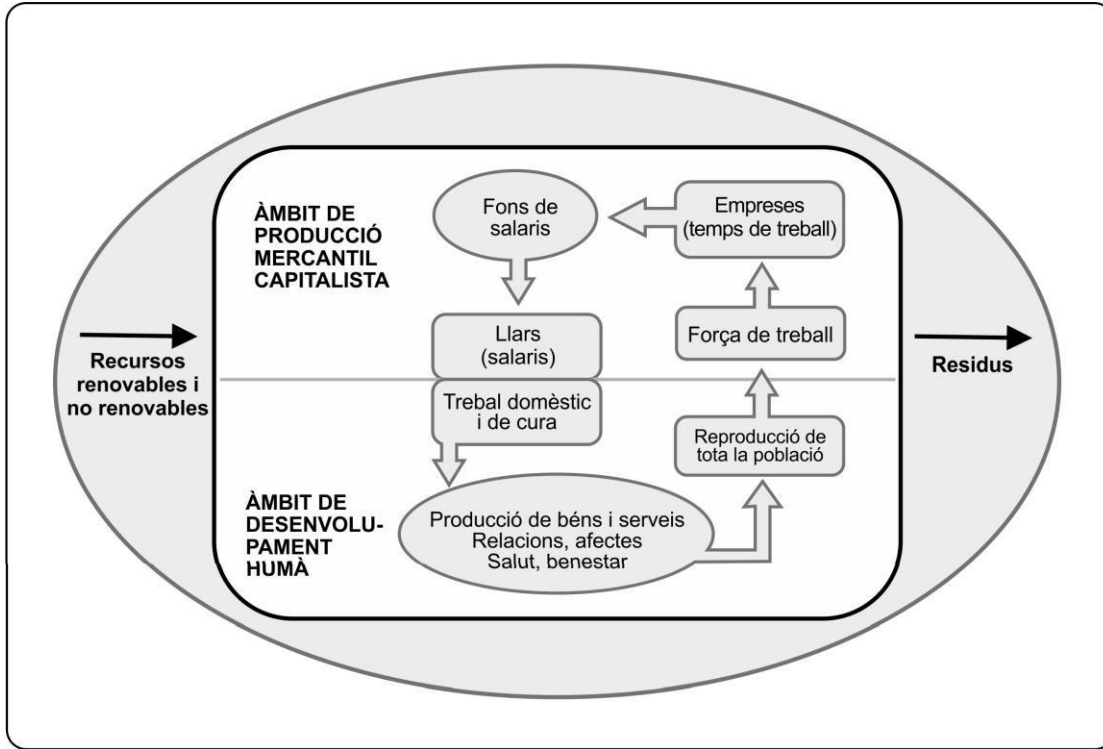
La conceptualització escollida sobre gènere cerca ajudar-se interdisciplinàriament de diferents camps. Segons Pérez Orozco, els postulats bàsics d'aquesta visió serien en primer lloc, descentrar els mercats i l'economia de mercat *i posar al centre la sostenibilitat de la vida*, i en segon lloc, entreveure com *una estructura eminentment patriarcal s'intercala dins de l'estructura del mercat, dividint i creant una estructura socioeconòmica organitzada entorn dos àmbits diferenciats, o dos espais o lògiques distintives*: l'espai públic, l'economia monetitzada i la lògica capitalista de l'acumulació versus l'espai privat o domèstic, una economia no monetitzada on les dones han realitzat i encara ho fan, els treballs de cura no remunerats. Caldria doncs, recuperar tots aquells processos que sostenen la vida, en el seu sentit més ampli. És important precisar que en l'economia feminista no hi ha cap visió monolítica, sinó que en l'elaboració teòrica participen investigadores i investigadors provinents dels camps neoclàssic, funcionalista, marxista i feministes liberals, radicals i socialistes. I, s'acostuma a valorar la interdisciplinarietat, especialment entre l'economia, la sociologia, l'antropologia i la història. L'economia feminista conviu en paral·lel a la teoria econòmica dominant, la neoclàssica, que considera tan sols l'economia de mercat, sense entrar en preocupacions com: "satisfer les necessitats bàsiques de subsistència de les persones i la seva qualitat de vida".

L'Economia de la Cura

Com s'ha comentat, dins l'economia feminista s'atorga valor especial a l'*economia de la cura*, o aquelles activitats tant materials com socials, com culturals que no es comptabilitzen dins l'economia formal, però que esdevenen condició, base i valor per a que les nostres societats funcionin i se sostinguin. L'economia de la cura seria un aspecte rellevant de la reproducció social, concepte sorgit els anys 60—70 per a referir-se a la reproducció biològica, la construcció social de la maternitat, la reproducció de la força de treball que exigeix processos educatius i d'aprenentatge, i la satisfacció de les necessitats de cura on poden participar, llars, sector públic i mercat. Com s'ha comentat en el capítol sobre la cura, el sistema de reproducció social inclouria l'estructura familiar, l'estructura de treball assalariat i no assalariat, el paper de l'Estat en la reproducció de la població i de la força de treball i les organitzacions socials i polítiques relacionades amb els diferents treballs. La reproducció social no pot entendre's sense les relacions i estructures socials de poder, desigualitàries, que produeix i reproduïx el poder i proposa un concepte que engloba les condicions d'una vida satisfactòria, digna i humana: la sostenibilitat de la vida humana (Carrasco, 2004). Per tant, si la vida humana

no se sosté o es troba en risc, la reproducció social se'n veurà afectada.

Figura 5.1 L'Economia feminista i Economia de la cura



Font: Elaboració pròpia a partir de Carrasco basada en Picchio, 2001

Segons l'Economia feminista, cal incloure l'Economia de la Cura dins el cicle econòmic. La línia grisa (esquema anterior) que separa els àmbits de producció mercantil-capitalista i l'àmbit de desenvolupament humà és *fictícia*, ja que hi ha una relació dinàmica entre el treball domèstic i de cura i els salaris i entre la força de treball i la reproducció social. En segon lloc, la frontera entre ambdós espais depèn del desenvolupament tecnològic i de la renda de les famílies. La part superior correspon al circuit simple del treball tal i com sempre l'ha entès l'economia. La producció que es dibuixa en l'espai inferior és necessària i determinant per a que l'espai superior i la força de treball se sostingui i existeixi. Però a part de la força de treball hi ha altres persones com les persones grans o les persones amb discapacitat que han de veure satisfetes les seves necessitats i sovint no realitzen treballs remunerats.

5.2 Epistemologies hegemòniques (binàries patriarcals). Solucions sobre l'atenció a la dependència i polítiques de cura de llarga durada (Long-term Care)

El problema de les cures abasta molts àmbits i dimensions, i conté múltiples situacions paradoxals. Les necessitats de cura de les persones en situació de dependència constitueixen un problema social? Des de quines posicions socials es reconeix que es tracta d'un problema social? Les cures formen part del debat polític? En el marc de la Llei de la Dependència, les limitacions de les persones que afecten la seva autonomia individual constitueixen un dret subjectiu individual, però, es considera a la pràctica aquest dret subjectiu individual? En el marc d'un sistema social capitalista profundament individualitzat que redirigeix les responsabilitats i els riscos socials al propi individu i a la seva "responsabilitat" individual, des de quin punt de vista hom pot preguntar-se per una assumpció *social* de la problemàtica de les cures? La qüestió és, en un marc de transformació de la capacitat o l'assumpció per part de les famílies relacionats amb els rols femenins i la contribució de les dones en el mercat laboral, quins mecanismes desfamiliaritzadors es poden proposar? I qui els proposaria?. Es genera a partir d'aquí una paradoxa, partint de la consideració que la cura a les persones grans en situació de dependència és *un problema social*, cal esbrinar quins mecanismes es posen en acció alhora d'assumir una resposta compartida i col·lectiva, o el que és el mateix, d'assumir corresponsabilitat, més enllà de la família⁷⁶, sobre les cures. El welfare mix compta amb el suport del tercer sector i voluntariat, i aquest sector ha esdevingut indispensable a l'hora de donar cobertura a moltes situacions de sofriment humà que no estan essent ateses pels serveis socials, així doncs, s'intenta suplir la manca de protecció estatal, o el residualisme real. En un context d'extrema individualització o individualisme institucionalitzat (Beck-Gernsheim,2002), a qui li interessa realment assumir una resposta corresponsable? L'intervencionisme estatal en el marc neoliberal actual es troba molt debilitat i molt condicionat. Les administracions públiques es mostren ambivalents en la seva capacitat de resposta. La seva connivència amb el Mercat, la manca de sobirania dels Estats, dependència econòmica i sobreendeutament, la seva condició d'entitats *coaccionades* pels organismes internacionals com el FMI, el BM la mateixa UE, i altres, situen els Estats en entitats poc proveïdores de respostes. Com a

⁷⁶ Investigacions recents ens diuen que el perfil del petit percentatge actual d'homes cuidadors dins de la família, correspon a homes jubilats, que no treballen remuneradament o es troben a l'atur, homes que treballen però no disposen de cap "dona" per a que ho faci, i homes compromesos o sensibles a la cura (Comas d'Argemir, Chirinos, 2017).

conseqüència, una part essencial del problema radica en l'allunyament o abandonament de la responsabilitat pública en relació a enfocar les seves polítiques en pro de les persones i els seus drets, que inclouen els drets de ciutadania, els drets humans, i el dret de les persones a estar acompanyades i cuidades al final de la vida.

5.2.1 L'envelliment i la dependència com a risc social

D'acord amb els discursos oficials per part dels teòrics representants de l'Estat Espanyol en matèria de polítiques d'atenció a la dependència, se segueix una lògica concreta que considera que el fet d'envellir tant ha estat un èxit, però també constitueix un risc (Rodríguez Cabrero, 2019). Podria dir-se que l'ésser humà del segle XXI, s'atribueix la victòria "humana" d'haver aconseguit una llarga esperança de vida però s'alerta del risc en el sentit dels "costos als que cal fer front" . Aquest "risc", es diu, l'assumeixen les famílies (però en realitat l'assumeixen les dones de les famílies).

Seguramente el rol de cuidados de la familia seguirá siendo central, si bien cambiarán su naturaleza, estructura y modos de reparto de la carga. Esto seguramente será así en la medida que vienen a coincidir la demanda social- el deseo de las personas que necesitan apoyo personal y/o instrumental de ser cuidados por familiares y allegados- y la oferta -una reorganización interna de la estructura de solidaridad de los hogares-. Dicho de otra manera, ante el impacto personal y familiar que conlleva la dependencia se ha ido consolidando una doble tendencia: el deseo mayoritario de las personas de ser cuidadas en el domicilio hasta donde sea posible y una redistribución de la carga por hombres y mujeres, así como un nuevo contrato entre generaciones que redistribuya más equitativamente dicha carga. (Rodríguez Cabrero, 2019:142).

Aquesta anàlisi, que utilitza un llenguatge clarament economicista, fent ús dels termes "oferta i demanda" i "cost d'oportunitat" i el "repte d'inversió social en qualitat de vida" considera però, que les administracions públiques, com l'espanyola, han passat d'una atenció residual a la cobertura universal en consonància i dins del marc de plantejaments d'alguns països europeus. Aquest és el debat o el repte institucional de la dependència. L'autor afegeix que:

Hay que destacar que la valoración de los costes de oportunidad que los cuidados suponen para las mujeres en general y para la mujer trabajadora en particular, ha sido el acelerador social que ha impulsado la transformación de sistemas asistenciales de atención a la dependencia en sistemas públicos" (Rodríguez Cabrero, 2019:142).

Des d'aquesta òptica, per tant, una situació de dependència constitueix una "contingència" o "risc" que cal assumir, entre altres coses, per a assimilar la nostra *política de cures de llarga durada*, als països europeus.

Esta nueva política o pilar de protección social es, por tanto, una contingencia sui géneris que, en el caso de España, se encuentra aún en un proceso de construcción institucional, profesional y social. Estamos inmersos en un proceso de adaptación y aprendizaje, también de relativa convergencia europea en cuanto a los mejores diseños posibles, institucionales y operativos y nuevas formas de gobernanza y sostenibilidad de las políticas y programas de CLD. (Rodríguez Cabrero, 2019:143).

Així doncs, la idea de protegir socialment les persones en situació de dependència es presenta com a "cost per a les administracions públiques" però com a "benefici" en la qualitat de vida, generació d'ocupació i de productes de suport tecnològic i instrumental. D'acord amb les lògiques de la Unió Europea, la contingència social de la dependència és considerada, com s'ha dit, una "inversió social". Segons Rodríguez Cabrero, aquesta té dues dimensions, l'una, justificativa en un context polític on predominen els ajustos fiscals i l'externalització al mercat de determinats serveis i l'altra, seria una dimensió positiva perquè la despesa pública social constitueix una inversió per a crear capital humà o "stock" com la despesa educativa, o com a inversió de "flux" per a facilitar la conciliació de les cures amb la feina -en el cas de les polítiques de dependència- o com a amortidor dels impactes de la pobresa i la crisi- programes de renda mínima-. I afegeix que "en el cas de l'atenció a la dependència estem davant d'una inversió d'alt impacte ja que combina la inversió de flux amb l'amortització dels efectes de la longevitat" (Rodríguez Cabrero, 2019:145).

El *Care fix* o arranjament *capitalista* de la cura

Dowling (2021) mostra com la versió actual del capitalisme utilitza l'argument de la promesa d'inversió amb impacte social com a solució que pot ajudar a mitigar la crisi assistencial mitjançant la reducció del cost de l'assistència social, la salut i el benestar públics. L'autora assenyala com els defensors del capital financer plantegen la inversió amb impacte social com el nou capital risc i esperen un nou mercat d'inversió financera i oportunitats de capital rendible (Dowling,2021:160). El *caring capitalism* disposa d'inversors que no només han de preocupar-se per a gestionar els seus riscos o maximització de beneficis sinó que han d'invertir amb l'objectiu de produir resultats socialment beneficiosos. Així doncs, si fa unes dècades, l'anomenada RSC o responsabilitat social corporativa i filantropia tractava la causa social i ètica com a

externa al model de negoci, ara s'internalitza i esdevé noves formes de crear i capturar valor. Dowling compara aquests inversors financers amb l'avarícia bancària provocada per la darrera crisi global financera.

The praise of caring capitalism relies on a slippage in meaning. The celebration of a capitalist economy with an ethical orientation as a novel form of value creation, one that is socially just in ways it might not have been before, rest upon the construction of an antithesis between care and capitalism. Care and capitalism are portrayed as distinct and opposing entities that can be fused together to produce a better world." (Dowling, 2021: 163)

5.2.2 La construcció del pilar Europeu de la Dependència

Les Cures de llarga durada (CLLD) o Long-Term Care són part de l'estratègia de protecció social de la UE i entre els seus principis hi ha la garantia en l'accés a les persones en situació de dependència a les cures personals necessàries, evitant les situacions de desigualtat i de pobresa, adaptar les contingències a les necessitats i preferències de les persones amb l'objectiu d'aconseguir la màxima qualitat de les cures i prevenir situacions de dependència promovent hàbits de vida saludable (Rodríguez Cabrero, 2019). Tot i que cada Estat organitza les polítiques adreçades a les CLLD pel seu compte, la Comissió Europea i el Comitè de Protecció Social han creat una eina per a coordinar els esforços o MOC (Mètode obert de coordinació). El 2017 es creà el *Pilar Europeu de Drets Socials* que reconeix el Dret social a que les cures de llarga durada siguin accessibles a la ciutadania i de qualitat. Aquest pilar es creà amb la finalitat d'arribar a una convergència de polítiques entre països sota la garantia d'aquest dret, que vol impulsar les cures en el marc de la UE. S'espera que la despesa pública mitjana dels països, destinada a polítiques de cures a la dependència, sigui d'almenys 1,6% del PIB i es creu que la despesa haurà d'augmentar fins al 2,6% l'any 2060.

La tendència de molts països europeus se centra en augmentar l'atenció domiciliària (Servei d'Ajuda a Domicili o SAD, teleassistència) i comunitària (centres de dia o de nit) i a reduir els serveis d'atenció residencial destinats només a persones amb una situació de dependència molt avançada. Es promou doncs, la desinstitucionalització d'acord amb el desig de les persones prioritari d'estar a casa seva. La cura informal no desapareix però s'està tractant de crear mesures conciliadores i suports de compensació monetària (Rodríguez Cabrero, 2019).

Rodríguez Cabrero assenyala una sèrie d'obstacles actuals, com el risc de la refamiliarització deguda als processos de desinstitucionalització, ja que són les famílies novament qui sostenen els costos socials i econòmics de la persona gran. En segon lloc, es produeixen tensions entre les demandes de CLLD i la disponibilitat de cuidadors ja que la població potencialment cuidadora es redueix. (Bouget, Saraceno y Spasova, 2017; Bouget, Spasova y Vanhercke, 2017). Un altre obstacle és la mesura de la qualitat de la prestació de serveis als països de la UE, fet que assenyala una manca de recursos, una escassa tradició de control de la qualitat, una limitada transparència, en especial en els països del Sud d'Europa. Rodríguez Cabrero apunta a quatre reptes de futur d'acord amb quatre objectius: 1) la millora continuada de l'atenció i l'ocupació en aquest sector. 2) la sostenibilitat financera, 3) la inversió a futur en prevenció i millora de l'esperança de vida sense discapacitat i 4) els avanços necessaris en el repartiment de les tasques de cures entre homes i dones.

En aquest sentit, disciplines com la teoria política o qüestions de filosofia política analitzen el paper dels Estats Europeus actuals, en el marc neoliberal de capitalisme postindustrial, d'acumulació, situat avui mateix en un marc d'incipient recessió econòmica, en el marc dels resultats de crisis constants com les conseqüències en l'economia de la crisi energètica, d'alta inflació, crisi dels cereals, el canvi climàtic, l'augment de col·lectius que demanen refugi, els controls migratoris, el paper d'Europa enfront altres potències mundials i altres. Per altra banda, les conseqüències de la individualització en una societat postindustrial, fan "pensable", "possible" o assumible una reacció que contempli la inherent interdependència humana i s'aventuri a plantejar una mirada col·lectiva, sobre el Bé Comú, que enfoqui a la vida mateixa i a la seva sostenibilitat?

5.3 Sostenir comunitàriament les cures. La cura com a dret social. Col·lectivització de les cures. L'economia social i solidària i les cures.

Des d'una perspectiva feminista, "la cura comunitària, més que un concepte normatiu, es planteja com una comprensió àmplia que inclou experiències de cooperació" (Vega Solís, Martínez Buján, Paredes Chauca,(2018:24). L'organització comunitària de la cura es duria a terme a partir del disseny de les cures en mans de la col·lectivitat, la qual, "fa pròpia les seves condicions d'execució i els seus beneficis". (Vega Solís, Martínez

Buján, Paredes Chauca,(2018:24). Ja existeixen experiències de suport comunitari com grups de suport mutu, bancs del temps, agrupacions de criança compartida, comunitats que cuiden, i altres. Semblen accions no polítiques però, segons Vega Solís, Martínez Buján, Paredes Chauca (2018:25) “sí que ho són, en teixir vincles que sostenen allí on tot sembla desmoronar-se”.

Existeixen iniciatives, des d'una mirada al “comú”, partint de la base social o la ciutadania, uneixen esforços per a la defensa dels drets socials i individuals de les persones, famílies, dones, i altres col·lectius que pateixen directament les conseqüències d'aquesta crisi de cures. Des de l'Economia Social i Solidària, estan sorgint forces que requereixen i fan ús de l'enxarxament social, com les cooperatives de cures⁷⁷, que tot i que sorgeixen en molts casos per a dignificar les condicions laborals de les persones que treballen en el sector de les cures, és important el fet que cerquin un nou paradigma i forma de donar solucions a les necessitats de cura. La Xarxa catalana Pam a Pam⁷⁸ mapeja algunes d'aquestes iniciatives quan compleixen criteris socials i laborals que aposten per una economia al servei de les persones i que s'ofereixen a través de la creació de cooperatives de cures. Aquest tipus d'accions creuen en el poder col·lectiu per a defensar el dret a la cura, la igualtat de gènere, la desfamiliarització de la cura, i la dignificació laboral de les persones treballadores de cures⁷⁹ (i de la llar), el reconeixement social del treball de cures, i la necessitat de posar les cures al centre dels interessos i objectius de la nostra societat.

Vega Solís, Martínez Buján, Paredes Chauca (2018) en “Cuidado, comunidad y común”, mostren com a l'Amèrica Llatina, els processos de desposseïció i colonització de les terres s'han de relacionar sovint com a una de les causes per les quals les dones decideixen emigrar: “el desarrollo y los programas de sustitución de importaciones en la década de 1950 dieron paso a un modelo industrial intensivo basado en el ensamblaje y la agricultura industrial, la expansión de la precariedad urbana i la presión sobre la agricultura familiar campesina” (Vega Solís, Martínez Buján, Paredes Chauca 2018:21), En aquests països el vector comunitari sorgia de les lluites feministes i decoloniales articulant xarxes de suport en absència dels Estats (Molyneux, 2000, citat per Vega Solís, Martínez Buján i Paredes Chauca (2018:28).

⁷⁷ Un exemple de cooperativa de cures és aquest: <https://clarasergran.cat/ca/2020/04/19/envelliment-amb-la-comunitat/>

⁷⁸ Web Pam a Pam. <https://pamapam.org/ca/blog/cures-gent-gran/> Recuperat el 7 abril 2023

⁷⁹ <https://directa.cat/cures-mes-enlla-del-lucre/> Recuperat el 7 de març 2023. Cooperatives i associacions vinculades a l'atenció de les persones i de la llar reivindiquen un model que posi fi a la precarietat laboral i garanteixi la dignitat de les usuàries

En resum, actualment existeix la discussió sobre si aquestes iniciatives col·lectives encarades a fer front a la crisi de cures i de reproducció social poden obrir camins dins d'un context neoliberal, si pot articular-se una institucionalització col·lectiva o comunitària vers la pública actual i, també sobre la necessitat de dur a terme una mirada crítica a “allò comú” lluny d'ésser idíl·lic, plantejant repartiment de feines, desafiament de jerarquies o articulació d'instàncies. (Vega Solís, Martínez Buján, Paredes Chauca, 2018:31).

Altres iniciatives ciutadanes, partint d'organitzar-se col·lectivament aposten pel cohabitatge o cohousing, el cooperativisme en la cessió d'ús de l'habitatge, com és el cas de Sostre Cívic⁸⁰ sota els principis de propietat col·lectiva i no lucre, autogestió, habitatge assequible i inclusiu, replicabilitat, mercat social i sostenibilitat.

Queda pendent, davant el paper ambivalent de les administracions públiques, si aquestes continuaran deixant “mans lliures al mercat” i facilitaran l'entrada a la financerització de la cura, o seran capaces de plantejaments desafiants, desplegant mesures amb voluntat transformadora, d'una manera o altra.

Entre les iniciatives ciutadanes que en dates que s'escriu aquesta tesi, estan sorgint, hi figura: la Xarxa pel Dret a la Cura⁸¹ nascuda com a iniciativa ciutadana i al sí de les

⁸⁰ Cooperativa d'habitatge Sostre Cívic. Recuperat el 7 d'abril 2023 de: <https://sostrecivic.coop/>

⁸¹ Xarxa pel Dret a la Cura. <https://dretacura.bcn.coop/>, En el seu manifest contempla el següents eixos: 1. **La cura és un dret humà.** Sense cura no hi ha vida. És una necessitat bàsica que ha de ser reconeguda com a dret per garantir-ne l'accés universal. Hem d'entendre la lluita per la reproducció social en sentit ampli i transversal, des d'una òptica que integri dimensions tan diverses com la salut, l'habitatge, l'urbanisme, la reorganització general dels temps de treball i els drets de ciutadania de les persones migrades.

2. **La cura és un bé comú.** Cal entendre la cura al llarg de tot el cicle de vida, més enllà de la dependència associada a la Gent Gran i la diversitat funcional, tot transformant-ne l'imaginari social. La vulnerabilitat de la vida i la relació d'interdependència entre les persones i les generacions no són una situació d'excepció: són condicions inherents a la condició humana.

3. **La cura comença per nosaltres mateixos/es.** No hem nascut solament per a fer activitats productives i incrementar el producte interior brut, sinó per desenvolupar-nos com a éssers humans. Cal gaudir de la vida i de les activitats que fem i anticipar-nos a les necessitats que poden aparèixer en les diferents etapes i situacions vitals amb necessitats específiques de Cura. Cal donar importància als vincles socials, com elements substancials de la nostra existència.

4. **La cura ha d'estar centrada en la persona.** Totes les persones han de poder crear els seus projectes de vida i decidir quin tipus de suport han de tenir quan ho requereixin. La cura centrada en la persona suposa reconèixer la diversitat de les persones que tenen necessitats de cura i també la seva agència. Cal entendre la persona de forma integral i anar més enllà d'un model d'assistència fragmentat. Els serveis sanitaris i els serveis educatius han d'estar coordinats amb els serveis socials i la comunitat per acompanyar a les persones en el seu projecte de vida.

5. **Redistribuïm la responsabilitat de la cura.** Els treballs de cura han d'estar millor distribuïts, ja que ara recauen desproporcionadament en les famílies i en les dones. Cal la coresponsabilitat de gènere i la socialització de la cura.

universitats l'any 2022, amb l'objectiu que la cura entri en l'agenda social de cara a edificar una reorganització social de les cures en la nostra societat.

Reconèixer el dret de la família a decidir quin és el seu rol com a agents de cura. Cal acabar amb les injustícies socials en què avui es sustenta la cura. Els poders públics han de proporcionar el finançament i els serveis per a garantir una cura de qualitat en totes les etapes de la vida i en particular en aquelles situacions, transicions i circumstàncies que demanen una atenció específica i especialitzada.

6. **Cuidem en comunitat.** Cal potenciar les dinàmiques comunitàries i de proximitat de l'entorn, per tal d'integrar més fàcilment les pràctiques de cura mútua a les nostres vides. Cal potenciar també els agents comunitaris i crear noves associacions i sinergies entre persones, organitzacions comunitàries, plataformes tecnològiques i institucions informals i formals per cuidar.

7. **Obrim espais de participació i cocreació ciutadanes.** Reconeixem i integrem l'agència de la ciutadania en el disseny de les polítiques públiques, mitjançant experiències de cocreació i participació que enforteixin una governança integral, transversal i compartida. Cal aconseguir una millor articulació entre la dimensió pública, familiar, comunitària i privada del model d'organització de cura que garanteixi una cura digna.

8. **Dignifiquem els treballs de cura.** Hem de reconèixer els drets de les persones que cuiden, que aquests drets siguin iguals per a tothom i que l'estrangeria no marqui més discriminacions. La cura digna requereix d'un treball digne, que suposi la professionalització del sector. Cal que les plantilles dels serveis de cura estiguin ben dotades, qualificades y remunerades. La formació ha d'incorporar competències tècniques i relacionals. Cal potenciar una cultura de col·laboració entre els diferents agents que cuiden (remunerats i no remunerats) i els sectors implicats (sanitat, atenció social, educació) així com la confiança mútua i l'intercanvi de coneixements.

9. **Fem ciutats i pobles que cuiden.** Necessitem unes infraestructures (físiques i digitals) diverses, accessibles i de qualitat per a cobrir les necessitats que tenim al llarg de la vida. Cal superar l'actual fragmentació i falta de sinergia entre infraestructures de cura per tal de distribuir i compartir recursos per a cobrir necessitats comunes de manera efectiva. Necessitem ciutats i pobles que cuidin, uns entorns urbans que estimulin estils de vida més saludables i enforteixin els vincles socials, la cooperació i la cura de proximitat.

10. **Caminem cap a una ciutat cuidadora.** Cal trencar els tabús socials sobre la cura i fer-ne reconeixement, donant-li normalitat, espais segurs per parlar-ne i entenenent que les persones som essencialment interdependents. Vegem-ne els valors positius. Cuidar no és només una activitat, és també una actitud de relació, que implica pensar en les necessitats dels altres i exercir la solidaritat quotidiana en tots els àmbits. La cura té un potencial transformador, que afecta no sols a les relacions de gènere, sinó a la societat com un tot

SEGONA PART

Capítol 6. PROBLEMÀTICA, OBJECTE D'ESTUDI I CONSTRUCCIÓ DEL MODEL D'ANÀLISI

Ningú s'aguanta dret tot sol.

Ens donem suport mutu, tot i que de vegades se'n necessita més de suport (quan parlem de situacions especials de dificultat).

La fermesa pròpia depèn dels altres- del seu reconeixement, del seu acolliment- i per això és un error simplificar la relació entre autonomia i dependència per veure-hi una simplecontraposició. Esquirol,2015:82

6. 1 L'Objecte d'estudi: La dimensió social de la cura

L'objecte d'estudi d'aquesta tesi analitza *la organització social de la cura de persones grans a les llars familiars lleidatanes en el marc de l'actual de crisi de cures i de reproducció social*. Preveu una aproximació al fenomen de la cura des de la disciplina sociològica i en la seva dimensió social⁸². S'entén doncs, la cura en termes d'interacció social, o el que és el mateix, partint del fet que “tenir cura de” o “cuidar” implica relació. Relació, com a mínim, entre dues persones o més, o bé entre dues esferes d'un/a mateix/a, però també relació entre agents socials, institucions⁸³, polítiques, i imaginaris socials. La tesi s'ubica en un espai concret, l'espai rural, d'un territori com és el lleidatà, en el marc del conglomerat de relacions fruit de dependències derivades de processos i dinàmiques globals, que determinen, dibuixen, limiten i configuren de forma canviant estructures i articulacions de l'organització social de la cura. Així i tot, la tesi té una pretensió d'atorgar valor a l'agència, o al poder intrínsec de les pròpies persones,actores socials “amb veu pròpia”, i a la seva capacitat de transformar, revertir i construir l'estat de les coses.

⁸² Sovint el terme “cura o cures” popularment o col·loquialment encara s'entén sota la seva accepció mèdica o sanitària i es relaciona amb concepcions vinculades a la salut, aquest fet, degut al caràcter relativament recent del seu ús en terminologia sociològica, podria dificultar la comprensió, si no s'explicita, tal com s'ha dut a terme en el tercer capítol, l'estudi de la cura a un nivell social i des del marc sociològic.

⁸³ com per exemple, en l'espai sanitari, la relació entre metge o metgessa, infermer o infermera i pacient, en l'espai familiar, persona cuidadora informal i membre de la família atès, persona treballadora de cures i persona receptora de cures, en l'àmbit social, treballadora social i família cuidadora.

La recerca parteix del concepte de Cura social o Social care⁸⁸⁴, que entén l'organització social de la cura com a fenomen que transcendeix l'espai de la llar i davant el qual, la responsabilitat ha de ser col·lectiva entès el problema de la cura de les persones en situació de dependència com a problema social i col·lectiu, més enllà d'individual. La cura o les cures són afer polític, i, de la mateixa manera que en determinats moments històrics, es construeixen i organitzen de forma contraposada o dicotòmica espais públics i espais privats, la recerca parteix de la necessitat de desmuntar o desestructurar espais de cura relegats a l'imaginari que un dia construïa l'espai de cures com a espai privat, generitzat i insondable. Les cures, es duguin a terme en un espai o altre, han de ser objecte de preocupació, acció i resposta social i haurien d'entrar definitivament dins l'agenda política. La recerca analitza els processos derivats de l'actual *Welfare mix* en un món globalitzat en relació a les seves limitacions històriques a l'entorn mediterrani degudes a una tradició de provisió social pública molt dèbil. Analitza també, els efectes sobre la sostenibilitat social i econòmica de les cures en el món rural resultat de la incidència dels processos globals capitalistes en la seva tendència a la mercantilització de les cures i noves formes de reestratificació social global. La qüestió central rau en les contradiccions del propi capitalisme i en el conflicte capital-vida, tenint en compte que el sistema econòmic actual, en un marc neoliberal, tendeix o bé a anular o invisibilitzar els costos socials i econòmics de les cures alhora que els trasllada com a responsabilitat individual dins famílies. Refamiliaritzant-los, o bé a refeminitzant les cures, infravalorant, remetent-les a allò "no pagat o malpagat" a través de condicions laborals precàries que obliguen moltes dones, d'origen estranger o nacional a dur aquestes tasques sota condicions d'autoexplotació. Quan són remunerades, molt sovint dins l'economia submergida, es perpetuen desigualtats entre gèneres en variables com el temps, econòmiques i socials, fet que amplia la bretxa de gènere en el món rural. En el marc de l'actual *Welfare mix*, dins el model mediterrani i en l'estudi de cas del territori lleidatà, la recerca planteja una anàlisi de *l'economia de la cura* dins dels paràmetres de la necessitat d'una resposta compartida entre Estat, Família, Mercat i Comunitat. D'aquí deriva la qüestió de *com s'articulen i es redistribueixen els rols, responsabilitats, temps i economia en forma de resposta, suport o solucions a la cura de persones grans que viuen una situació de dependència dins les llars familiars rurals lleidatanes i quins efectes tenen sobre el gènere?*

⁸⁴ Carole Thomas (1993) i Daly i Lewis (2000) proposen el "social care" o formes d'organitzar socialment la cura i proposen la seva inclusió dins les polítiques de l'Estat de benestar: *a care-centred concept – which we name social care – that countenances and develops care as an activity and set of relations lying at the intersection of state, market and family (and voluntary sector) relations.*

6.1.1 Fonaments antropològics, biològics i sociològics de l'objecte d'estudi

Aquesta tesi parteix en la seva base, de la consciència de la nostra inherent vulnerabilitat humana. Des que naixem, la figura “d'un/a altre/a” ens acull i ens permet sobreviure. Sabem que l'ésser humà, en comparació a altres ésser vius del món animal, neix en unes condicions d'alta vulnerabilitat, i en la seva inicial evolució i desenvolupament no sobreviuria sense “els/les altres⁸⁵”. Els primers anys de vida requereixen d'una cura específica perquè el cervell, l'aparell locomotor i molts altres òrgans, encara es troben en procés. L'alta plasticitat humana constitueix un fet distintiu humà i en el moment de néixer l'humà requereix de més atenció que en moltes altres espècies animals⁸⁶. L'ésser humà però, en la seva evolució, esdevé ésser “en o dins la cultura i ambient”, en la mesura que disminueix el pes hereditari o els condicionants genètics, fet que provoca que a nivell evolutiu molta de la seva capacitat instintiva, s'hagi inhibit, en comparació a altres espècies (Geertz, 1987) i això augmenta la seva dependència del medi o context on neix. Segons l'antropòleg Geertz, “l'ésser humà és l'animal que més depèn d'aquests mecanismes de control extragenètics, que estan fora de la seva pell, i per això el fa dependent de programes culturals per a ordenar la seva conducta”(Geertz, 1987:51). Som molt vulnerables a l'inici de la vida, i **som també, vulnerables al final de la nostra vida**. Som vulnerables només pel fet que la vida humana, com tota vida, llisca i flueix sempre sota un equilibri inestable, o una tendència a aquest equilibri, que pot cessar o es pot malmetre en qualsevol moment. A vegades ens avisa, però altres no. “L'home no viu en estat de naturalesa, en la seva vellesa, com a qualsevol edat, la seva condició li és imposada per la societat a la que pertany” (Beauvoir, 1970:15). La vellesa, no és només un fet biològic, és també un fet cultural (Beauvoir, 1970:20).

⁸⁵ Siguin éssers humans o altres espècies animals, com en els casos dels anomenats “nens salvatges” <https://www.catorze.cat/passadis/nens-salvatges-16832/> Data de consulta 31.08.2021

⁸⁶ Segons Geertz en els animals no humans els esquemes de conducta els són donats amb la seva estructura física i les fonts genètiques d'informació ordenen la seva acció i conducta dins d'uns marges de variació molt estrets i més estrets com inferior és l'animal. Viuen en estructures tancades marcades pel seu capital biològic, predeterminat pel tipus d'espècie a la que pertanyen i les relacions amb el seu ambient són fixes i compartides per tots els membres de l'espècie

La cura és una acció. Una acció amb intenció construïda socialment. Una acció adreçada a l'altre/a o a un/a mateix/a quan conscientment tenim cura de la nostra persona. És una *acció social* en termes weberians, és a dir, es tracta d'una *acció intencional des de la nostra subjectivitat cap a l'altra*. El caràcter social de l'acció, segons Weber, provindria del sentit d'interacció que li imprimeix la consciència subjectiva de l'individu. Així no obstant, la cura és també el resultat de la interiorització moral (consciència social i ètica de la cura) adscrita i gravada socialment i històrica en el que s'espera que fem en relació als altres, i més en el cas de les dones. Ens socialitzem en uns determinats marcs i entorns culturals que donen forma a les condicions en que la cura es duu a terme. Malauradament, es tracta d'un tema profundament generitzat. A nivell simbòlic, el silenci de la presència de qui cuida, cura i acompanya, sovint se'n apareix configurat socialment amb fort biaix de gènere. Com afirma el filòsof Josep Maria Esquirol (2015), el metge i l'activitat mèdica suposen una resistència davant de totes les ofensives de la malaltia, però la figura de l'infermer, (o més aviat la infermera⁸⁷) és qui "està en vigília, és com un guardià que esguarda i guarda" (Esquirol, 2015:80).

6.1.2 La problemàtica

La definició de la *problemàtica* parteix de:

1. Lleida és el territori més envellit de Catalunya. En els darrers quaranta anys s'ha triplicat l'índex de sobreenvelliment (5,5% el 1981 al 19,7% IDESCAT, 2022). Tant envelliment (133,4%) com sobreenvelliment superen la mitjana catalana (131,3% i 17,1% respectivament). Les persones vivim més anys, i tot que l'edat cronològica pot diferir de la biològica, aquest augment es relaciona amb la prevalença de malalties amb cronicitat, neurodegeneratives i altres, fet que genera un augment de necessitats vinculades a la cura social i sanitària.
2. Als espais rurals objecte d'estudi, s'hi uneixen altres canvis a nivell demogràfic que incideixen en l'estructura i composició familiars: baixa natalitat, alta mobilitat laboral, despoblament, masculinització, una immigració que no pot sostenir la població, manca de relleu generacional i canvis entre els gèneres que han transformat el sistema tradicional d'organització familiar pairal basat en una estructura productiva agrària.

⁸⁷ La professió d'infermera ha estat objecte històric d'una forta generització, d'acord amb els idearis i rols socials de divisió sexual del treball i de les tasques on les cures eren afer exclusivament "femení". Curiosament, Esquirol escriu sobre l' *infermer* només en masculí genèric

3. Les conseqüències de la globalització en els sectors productius, la desagrarització (Camarero,2009) i la terciarització de l'economia incideixen en l'estructura i composició familiars. Es redueix el nombre de membres de la llar, augmenten les llars unipersonals. La individualització de les formes de vida (Beck-Gernsheim,2002), que incideix en la fragilitat dels vincles (Bauman,2003), entra a les llars i aquestes estan assumint "en solitari" la càrrega, responsabilitat i gestió essencial de la cura dels grans a falta de solucions per part de les polítiques socials i sanitàries. Les llars familiars veuen debilitada la seva capacitat de reacció davant d'una situació de dependència, d'acord els canvis en la situació social de les dones, la seva doble o triple jornada, els models actuals de convivència i les transformacions dels models de gènere.
4. Encapçalada la provisió de cures per la figura femenina, el món rural es sostingué en el marc d'una estructura familiar -troncal i pairal- profundament patriarcal on conviuen diverses generacions, una extensió de la qual ha estat la figura de la cuidadora familiar, mitjançant un treball de cures no remunerat (informal o no professional). El seu paper ha estat central durant les darreres dècades com a part de la generació suport o frontissa (López Villanueva, 2006; Camarero,2009; Martín Gómez i Rivera Navarro,2018) fruit del trànsit de formes familiars més extenses a nuclears. Avui assistim però, a una manca de relleu generacional d'acord amb els canvis en els models de gènere, l'augment del treball remunerat femení i un major èxode rural per part de les dones causada per una estructura social profundament patriarcal, per manca d'oportunitats laborals i per l'augment de la formació de les dones.
5. La provisió de les cures transita cap a un nou escenari on els sistemes d'obligacions familiars es transformen, on una part de noves generacions de dones emprengueren una "fugida il·lustrada" amb l'objectiu de forjar-se un futur individualitzat, per a poder accedir a ple dret al món laboral en el marc reivindicatiu d'exigència de justícia de gènere. En un escenari de tall patriarcal, el món rural lleidatà assisteix a una *crisi de cures* en el marc d'una *crisi de reproducció social*, d'acord amb un descens generalitzat de disponibilitat del treball informal familiar i de relleu generacional acompanyades d'una insuficient corresponsabilitat masculina i estatal, per a dur a terme les cures de les persones grans.
6. Les dificultats per part de la família d'assumir els processos de reproducció social per si sola, o bé exigeixen una nova reorganització de la cura, o bé es transvasen al *mercat de cures* -en contínua expansió- i la cura esdevé *objecte de consum*. Aquest procés anuncia noves desigualtats en relació al poder adquisitiu de famílies que no poden fer ús d'aquest consum.
7. El paper de l'Estat es planteja com a simbòlic i residual, a falta d'una política efectiva de cures o davant la pràctica inexistència de solucions que donin resposta a les necessitats de les famílies. L'Estat interacciona amb el mercat de cures, deixant-lo fer, i externalitzant els seus serveis, de manera que es va engruixant (commodity economy). Les polítiques europees de cures de llarga durada tenen com a objectiu la seva desinstitucionalització i la "refamiliarització" redelegant -amb l'argument d'una nova governança- la

responsabilitat a la comunitat i a les famílies, mentre les polítiques donen suport a la privatització de les cures i al seu "mercat lliure".

8. Els processos d'externalització, privatització, financerització i mercantilització i de la cura tenen unes conseqüències directes en relació al gènere i en relació a la precarització laboral perquè els serveis de cura tenen com a mà d'obra principal el gènere femení, essent poc qualificats, poc reconeguts, i poc subjectes a una voluntat política reguladora dels drets laborals d'aquest sector.
9. El paper del fenomen migratori esdevé essencial per a cobrir les necessitats de les famílies però, arribats aquí, el propi sistema econòmic reproduceix el sistema de desigualtats de gènere a través d'una reestratificació global del treball.

6.2 Objectius generals de recerca

Els objectius generals (OG)⁸⁸són:

OG1: Deconstruir⁸⁹ la representació social del fenomen de les cures, sota l'accepció de cura social, segons la qual les cures constitueixen un problema social i col·lectiu que transcendeix la llar familiar.

OG2: Dur a terme un perfil de les llars familiars rurals on hi viuen persones grans en situació de dependència relacionant-lo amb els canvis sociodemogràfics i extrapolar tendències actuals relacionades amb les estratègies familiars de cura.

OG3: Analitzar l'estat de la provisió pública de cures a les llars familiars de les zones rurals lleidatanes amb persones en situació de dependència en relació a la privatització i mercantilització de la cura.

OG4: Interpretar els canvis en el sistema d'obligacions familiars en el marc d'una crisi de cures i de reproducció social, en el marc de les relacions de gènere, els processos de refamiliarització i refeminització de la cura.

OG5: Analitzar com s'articulen noves relacions econòmiques entre llars familiars i dones migrants- cadenes globals de cures- en el món rural, en el marc del capitalisme global, des d'una perspectiva de gèneres interseccional.

⁸⁸ Els objectius específics figuren més endavant dins de l'operativització, punt 6.4.

⁸⁹ "Deconstruir és posar damunt la taula allò heterogeni, destruint la univocitat. Rere una veu única, existeixen altres veus invisibilitzades" (Derrida, 1966). Segons Butler, deconstruir és trencar categories, però no tan sols ensorrar, sinó construir desplaçant els conceptes hegemònics. Suposa analitzar els processos a través dels quals les persones participants en la recerca construeixen les seves pràctiques de gènere a l'hora de cuidar.

6.3 Construcció del model d'anàlisi

6.3.1 Unitat central d'anàlisi: la llar familiar

Aquesta tesi centra la seva atenció en *la cura a les persones grans que viuen a casa*. Es parteix del fet que, en situacions de feblesa, malaltia, vellesa o vulnerabilitat és quan més hom necessita l'escalfor de la llar i la proximitat humana. En aquest sentit, i com la majoria de les persones grans expressen, la seva voluntat és la de restar a casa seva "el màxim de temps possible". La casa, "en un univers de dimensions inimaginables, és el raconet que fa de centre del món" (Esquirol, 2015: 38). Des d'un punt de vista sociològic i fenomenològic la tesi posa atenció en "com habitem el nostre espai vital d'acord amb totes de les dialèctiques de la vida, com ens arrelem, dia a dia, en un racó del món, perquè la casa és el nostre racó del món" (Bachelard, 1957:34).

Aquesta recerca atorga valor especial a aquest espai interior que simbolitza la casa. I pren com a unitat d'anàlisi la *llar familiar*. El que està passant "a dins de les cases" a "dins de la llar", espai tradicionalment privat i insondable. Per aquesta raó, per a l'elaboració d'aquesta tesi, i, com s'especifica en el disseny metodològic, hem visitat un centenar de llars familiars on hem compartit el propi espai íntim i privilegiat com és la llar en cada diàleg sorgit de les entrevistes amb les persones grans que hi habiten, conjuntament amb la persona que les cuida. Durant les converses hem assaborit la llar en el seu sentit llatí original "lar-laris" o llar de foc, en els nuclis petits rurals de l'alta muntanya on, literalment, ens hem escalfat en el mateix "foc de la llar".

Aquesta recerca té la pretensió de reivindicar l'espai familiar de la cura, en la seva "relegació social a espai privat", de manera que allò que succeeix dins les llars, com el tracte i la cura a les persones grans en situació de dependència i els drets de les persones que les cuiden, són una qüestió política, o el que és el mateix, responsabilitat pública. És a dir, allò construït com a privat importa: és a dir, la cura dels grans a les llars familiars, són objecte de drets subjectius, individualment i en relació.

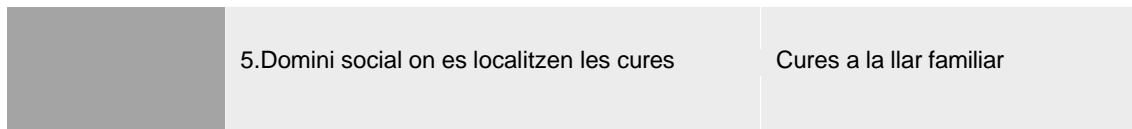
6.3.2 Nivells d'anàlisi de l'objecte d'estudi

El fenomen de la *cura social* ofereix diferents nivells d'anàlisi. Des d'un nivell *macro*, això és, l'espai global de la cura o com s'està organitzant l'atenció a les persones grans d'acord amb el progressiu envelliment de la població i la prolongada esperança de vida en els països occidentals dins del capitalisme global. Un nivell *mezzo*, que analitza la cura des de les polítiques socials i des del paper de les institucions, dins de les seves

agendes econòmiques i polítiques, i a un nivell d'anàlisi *micro*, que estudia la cura com a acció i gestió del suport quotidià a les persones.

Quadre 6.1 Nivells d'anàlisi

CURA SOCIAL	Nivell d'anàlisi macro: Espai global de la cura	Organització global de les cures Cadenes globals de cures
	Nivell d'anàlisi mezo: Organització institucional i política de les cures: Marc nacional i de la Unió Europea en relació a les polítiques de cures de llarga durada Variable: política, legal i econòmica Variables demogràfiques	Organització social de les cures Família Estat Mercat de cures Comunitat Normatives i legislacions Economia de les cures
	Nivell d'anàlisi micro: Contextos geogràfics: Variable ruralitat Variables demogràfiques del micro territori (Classificació segons Thomas, 1993) : 1. Identitat social de la persona que cuida	Organització rural de la cura Mobilitat geogràfica i cura Cura familiar: llar familiar i parentiu: treball de cura no remunerada o informal Cura comunitària: xarxes comunitàries, associatives, voluntariat i veïnatge Cura com a treball: treball de cura remunerada o treball formal (formalitzat o treball informal o irregular)
	2. Identitat de la persona receptora de les cures	Persones grans amb limitacions en la seva autonomia (objecte d'estudi)
3. Relacions interpersonals entre la persona que cuida i la cuidadora	Relacions de parentiu, laborals, pacient, usuari...	
4. Naturalesa de les cures	Component activitat o treball Component afectiu-emocional	



Font: elaboració pròpia

Procediments per als diversos nivell d'anàlisi:

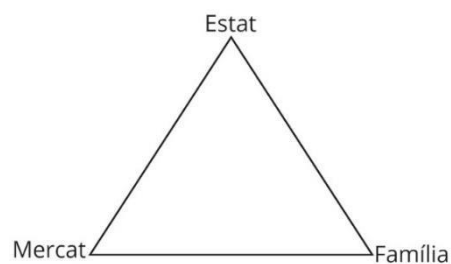
- **Anàlisi macrosociològica**

Per a l'anàlisi macro s'ha dut a terme l'estudi *Cadenes Globals de cures feminitzades a Lleida*, estudi sociològic sobre les condicions de vida i laborals de treballadores de cures migrades a les comarques del Pallars Jussà, l'Urgell, la Noguera i el Pla d'Urgell, a més de la ciutat de Lleida que duen a terme cures a les llars familiars amb persones grans dependents. L'objectiu d'aquesta recerca han estat avaluar les condicions socials, laborals i econòmiques d'aquestes dones.

- **Anàlisi mezzo sociològica**

Per a l'anàlisi mezzo, s'ha partit de diferents formes de representar la organització social de la cura, des del tradicional triangle del Benestar d'Esping Andersen (1990) format per tres dimensions: Estat, Mercat i Família:

Figura 6.1 Triangle d'Esping Andersen



Font: Triangle del Benestar d'Esping Andersen (1990)

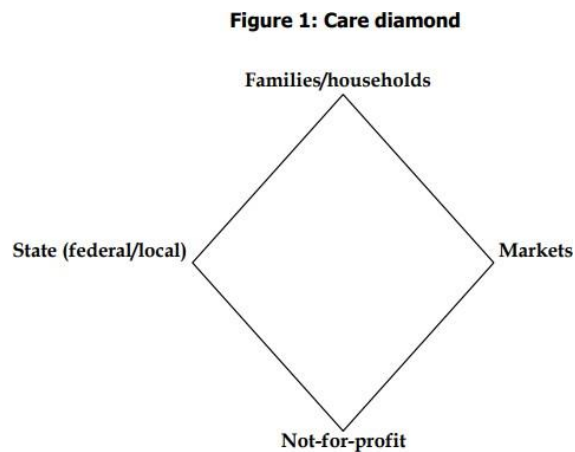
Fins al triangle de benestar de Pestoff (1995) el qual, partint del model anterior introdueix el paper del Tercer Sector que intersecciona amb l'Estat, el Mercat i la Societat civil (Comunitat i Famílies).

Figura 6.2 Triangle de Pestoff



Font: Triangle del Benestar de Victor Pestoff (1995)

Figura 6.3 Diamant de Razavi



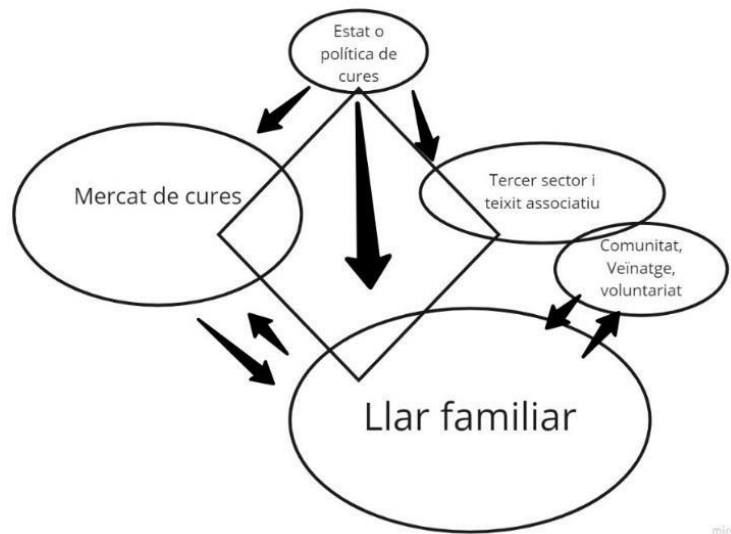
Font: Razavi (2007)

El 2007, Shahra Razavi⁹⁰, introdueix el “care diamond” o diamant de la cura, amb el paper clau de la comunitat dins de l’anàlisi del benestar social. Razavi parteix de que la forma en que la societat aborda els problemes de la cura té importants conseqüències per a la igualtat de gènere, per tant és un condicionant per a erradicar o perpetuar la desigualtat relacionada amb el confinament i la relegació del paper femení en la cura.

⁹⁰ Razavi, S (2007) The Political and Social Economy of Care in a Development Context. United Nations Research Institute for Social Development. Gender and Development programme paper number 3.

Cal afegir que altres estructures de desigualtat interseccionen amb el gènere i la cura, com són l'element racial-ètnic, i l'estrat o classe social, fet que justifica una anàlisi interseccional de la organització social de les cures. L'anàlisi d'aquest nivell *mezzo* en recerca, parteix de l'elaboració d'una *proporció hipotètica del poder* o capacitat de mobilització, assumpció o incidència que té cada àmbit o dimensió en relació a les cures, basant-nos en les quatre dimensions del diamant de Razavi (2007).

Figura 6.4 Diamant hipotètic de la cura a les terres de Lleida



Font: Elaboració pròpia

Les qüestions que se'n deriven són les següents: Quins són els mecanismes de reproducció del treball de cures al món rural en el marc del capitalisme global neoliberal? Quines conseqüències té l'haver d'externalitzar la cura, o remunerar-la, i sota quines condicions es pot remunerar – limitacions en el poder adquisitiu d'un gran nombre de famílies -d'acord amb la pressió de l'economia dins les llars familiars? Com incloure l'economia de la cura i integrar-la dins dels costos – insums vitals- de la organització social de la cura? Com incideix en el gènere? El disseny metodològic referent a aquest nivell d'anàlisi utilitza com a tècniques de recerca entrevistes en profunditat i grups de discussió.

Anàlisi microsociològica

La recerca posa el seu focus en *les necessitats emergents de les llars familiars vinculades a l'atenció a les persones grans* en situació de dependència amb l'objectiu de comprendre les condicions socials i econòmiques, -els mecanismes facilitadors o no d'alternatives en forma de respostes i solucions- davant els reptes socials i demogràfics actuals en relació a l'atenció i la cura a les persones grans en el medi rural lleidatà. Així doncs, prenent la unitat d'anàlisi la llar familiar, es duu a terme una tipologia de les llars lleidatanes amb la finalitat de perfilar o dibuixar, a partir d'una anàlisi transversal, quines són les seves necessitats i demandes socials.

6.4 Dimensions, conceptes i categories del model d'anàlisi

La construcció del model d'anàlisi constitueix el punt d'articulació de la problemàtica i el treball centrat en l'anàlisi del fenomen de les cures al territori lleidatà.

El model d'anàlisi parteix de la operativització dels *objectius generals* a través d'*objectius específics* amb la intenció d'arribar a un nivell més alt de concreció. Cada objectiu específic, conté una sèrie de conceptes⁹¹ operatius que formen part de determinades *dimensions*. En molts casos, aquestes dimensions sorgeixen inductivament, és a dir, a partir de les informacions recollides, les observacions sobre el terreny, acompanyades de les lectures exploratòries sobre l'estat de la qüestió relatiu al fenomen de les cures. A partir dels conceptes es tracen codificacions, categories i *indicadors*⁹², que pretenen ser manifestacions objectivament mesurables, de les dimensions del concepte.

⁹¹ "La construcció dels conceptes és quelcom més que una pura definició o que una convenció terminològica. És una construcció abstracta que pretén donar compte de la realitat. No intenta reflectir fidelment i absolutament tots els aspectes d'aquesta realitat, sinó aquells que n'expressen trets essencials des del punt de vista de l'investigador/a. És per tant, una construcció selectiva. Construir un concepte consisteix a determinar-ne les dimensions constitutives, susceptibles d'explicar la realitat " (Quivy i Van Campenhoudt, 1995:120).

⁹² a vegades, els indicadors no són tant clars i obvis, aleshores, qualsevol manifestació que ens proporciona informació o indici sobre l'objecte de la nostra construcció, és un indicador (Quivy i Van Campenhoudt, 1995:120).

Quadre 6.2 Model d'anàlisi

OBJECTIUS GENERALS (OG)				
OG1. IDEA CLAU: CURA SOCIAL				
<i>Deconstruir, des d'una perspectiva sociològica, l'anàlisi del fenomen de les cures a les persones grans amb dificultats en la seva autonomia en la seva accepció de CURA SOCIAL que transcendeix la llar i és un problema social i col·lectiu, no només individual.</i>				
OBJECTIUS ESPECÍFICS (OE)	DIMENSIONS	CONCEPTES I VARIABLES	CODIFICACIÓ CATEGORIES INDICADORS	TÈCNiques D'ANÀLISI OBTENCIÓ DADES
<i>OE1.1 Analitzar els posicionaments per part de diferents actors socials entorn la noció i el fet de cuidar</i>	Dimensió social o col·lectiva versus dimensió individual Conceptual-teòrica: Interpretació ideològica atribució de sentit o significat	Cura social	La cura com a problema social	2 Grups de discussió amb dones familiars cuidadores Grup de discussió Cadenes Globals de Cures Entrevistes a representants administracions públiques locals Entrevistes llars familiars
<i>OE1.2 Identificar la lògica i articulació dels discursos sobre corresponsabilitat</i>	Dimensió moral i cultural Relacions de poder	Corresponsabilitat	Afirmacions o al·lusions al concepte o significat de corresponsabilitat	Grups de discussió Entrevistes llars familiars
OG2. IDEA CLAU: TENDÈNCIES DEMOGRÀFIQUES, CANVIS EN LES LLARS I ESTRATÈGIES FAMILIARS				
<i>Dur a terme un perfil de les llars familiars on hi viuen persones grans en situació de dependència en relació als canvis sociodemogràfics de les llars lleidatanes i extrapolar tendències actuals relacionades amb les estratègies familiars de cura.</i>				
OBJECTIUS ESPECÍFICS (OE2)	DIMENSIONS	CONCEPTES I VARIABLES	CODIFICACIÓ I CATEGORIES	TÈCNiques ANÀLISI
	Dimensió espacial: geografia i ruralitat	Lloc de residència i tipus de nucli	Dades sociodemogràfiques	Entrevistes a les llars familiars

OE2.1 Proposar una tipologia de les llars familiars rurals lleidatanes amb persones en situació de dependència a través d'una anàlisi qualitativa

Sociodemogràfica	Estructura i composició de les llars	(gènere, edat, lloc de naixement, estat civil, residència actual, ocupació principal, nivell formatiu)	Entrevistes a representants administracions públiques locals (Serveis Socials)
	Convivència	Convivència i situació familiar (lloc on viu la persona dependent /persona cuidadora; amb qui viu, nombre membres llar, descendència, lloc on viuen fills/es)	
Cura familiar	Perfil persona cuidadora i Tipus de cura.		
	Tipus de suports i serveis	Cura a casa de la persona dependent (persona responsable cura, ajuda externa contractada o no, opció o desig de cures, grau satisfacció, grau implicació familiar)	
Salut		Nivell de dependència i necessitat d'ajuda (tipus malaltia persona dependent, grau, recepció serveis públics, copagament, tipus de necessitat de suports, adaptació habitatge, informació sobre adaptar la llar, accessibilitat llar, productes tècnics)	
Economia de les llars	Nivell econòmic	Nivell d'ingressos de la llar de la persona dependent/cuidadora ingressos persona dependent, ingressos totals llar, percepció suficiència d'ingressos	

OE2.2 Identificar necessitats emergents de les llars condicionants en l'envelliment rural

Llar familiar	Necessitats persones cuidadores	Necessitats expressades per les llars	Entrevistes a les llars familiars
Ruralitat	Estat de salut i tipologia afeccions		
	Mobilitat geogràfica	Mobilitat laboral i residencial a les comarques	Entrevistes representants Serveis Socials
	Proximitat de serveis sanitaris i públics		Entrevistes tècniques
Econòmica	Xarxa pública de transport		Consells comarcals
	Economia familiar i cura		

OE2.3 Analitzar les estadístiques sociodemogràfiques

Dependència i envelliment rural	Envelliment i sobreenvelliment rural	EUROSTAT	Entrevistes a les llars familiars
		IDESCAT I INE	Entrevistes tècniques Consells Comarcals
Dimensió		Enquesta contínua de les llars	

<i>de les llars incloses en l'estudi</i>	Sociodemogràfica	Dependència i envelliment	(ECLL) EDAD 2020 Informes IMSERSO	Anàlisi sociodemogràfica (explotació dades IDESCAT, INE, ECLL)
--	------------------	---------------------------	---	--

OG3: IDEA CLAU: PROVISIÓ PÚBLICA: PRESTACIONS I SERVEIS. Analitzar l'estat de la provisió pública de cures o polítiques de cura - a través dels discursos de representants dels serveis socials en relació al suport a les llars familiars amb persones en situació de dependència i en relació a la

privatització (mercantilització) de la cura

OBJECTIUS ESPECÍFICS (OE3)	DIMENSIONS	CONCEPTES I VARIABLES	CODIFICACIÓ I CATEGORIES	TÈCNiques ANÀLISI
<i>OE3.1 Analitzar els discursos de cada àmbit sobre la Provisió social de serveis en relació a la cura de les persones grans</i>	Dimensió tècnica ideològica i política	Evolució Serveis Socials en relació al suport a les famílies Diversificació i reptes del serveis públics d'atenció a les famílies en situació de dependència Valoració Serveis suport a les famílies Provisió social de serveis en relació a les cures de persones grans Desplegament LAPAD Visió organització social de la cura Situació actual de les famílies Control social i condicionants ideològics Paper i pes de les xarxes informals d'ajuda i teixit social Visió de les empreses d'economia social	Evolució Serveis socials suport a les famílies Reptes i Problemàtiques del serveis públics d'atenció a les famílies en situació de dependència Tipus de gestió dels serveis adreçats a les persones en situació de dependència Externalització serveis	Entrevistes a responsables dels Serveis Socials Grups de discussió

<p><i>OE3.2 Identificar el tipus d'atenció i suport rebuts a les llars familiars amb persones grans i persones cuidadores</i></p>	<p>Atenció pública</p>	<p>Prestacions monetàries Tipus de serveis rebuts: Atenció domiciliària, centre de dia Tipus de suport a la figura cuidadora</p>	<p>Nivell de dependència i necessitat d'ajuda Recepció de serveis públics i/o privats Accessibilitat llars Disposició de productes tècnics a la llar</p>	<p>Grups de discussió i entrevistes en profunditat</p>
<p><i>OE3.3 Explicitar com s'articula la lògica dels discursos des de l'administració pública sobre les condicions en que es duu a terme l'externalització dels serveis</i></p>	<p>Dimensió ideològica i tècnica burocràtica</p>	<p>Control i regulació condicions laborals i humanes d'empreses externalitzades</p>	<p>Categorització de les variables dels discursos</p>	<p>Entrevistes i grup de discussió</p>

OG4: G ÈNERE I CURES FAMILIARS. REFEMINITZACIÓ Interpretar els canvis en el sistema d'obligacions i relacions familiars -crisi de cures i de reproducció social- i el rol femení i la refamiliarització i refeminització de la cura o conflicte entre capital-vida, com a perpetuador de desigualtats de gènere i econòmiques.

<p>OBJECTIUS ESPECÍFICS (OE3)</p>	<p>DIMENSIONS</p>	<p>CONCEPTES I VARIABLES</p>	<p>CODIFICACIÓ I CATEGORIES</p>	<p>TÈCNiques ANÀLISI</p>
<p><i>OG4.1 Analitzar els discursos per part de les administracions públiques sobre l'equitat de gènere</i></p>	<p>Dimensió equitat de gènere</p>	<p>Equitat de gènere</p>	<p>Sensibilització i consciència de gènere</p>	<p>Entrevistes tècniques Serveis Socials</p>
<p><i>OG4.2 Detectar desigualtats per raó de gènere en relació a processos de feminització i refeminització de les cures</i></p>	<p>Dimensió equitat de gènere</p>	<p>Desigualtats de gènere</p>	<p>Persistència desigualtats de gènere i cures Existència doble o triple presència de la dona Insuficient educació tant a casa com a l'escola sobre equitat de gènere Prevalència del paper tradicional de la dona en relació a les cures</p>	<p>Entrevistes tècniques Serveis Socials Entrevistes dones migrades treballadores de cures</p>

		Refeminització de les cures	
<i>OG4.3 Detectar canvis sobre el sistema d'obligacions familiar per part de les dones que treballen fora de casa i alhora cuiden.</i>	Dimensió canvis en el sistema d'obligacions familiars	Canvis en la percepció i consciència de gènere femení	2 Grups de discussió entre dones cuidadores a temps complet i cuidadores que treballen fora de casa Llars familiars
<i>OG4.4 Analitzar el paper de la corresponsabilitat masculina en les cures</i>	Dimensió equitat de gènere	Corresponsabilitat masculina en les cures	Entrevistes Serveis Socials Grups de discussió amb dones cuidadores Entrevistes dones migrades treballadores de cures

OG5: MERCAT DE CURES-MERCANTILITZACIÓ. Analitzar com s'articulen noves relacions econòmiques entre llars familiars i dones migrants- Cadenes Globals de Cures- en el món rural, en el marc del capitalisme global des d'una perspectiva de gènere interseccional.

OBJECTIUS ESPECÍFICS (OE3)	DIMENSIONS	CONCEPTES I VARIABLES	CODIFICACIÓ I CATEGORIES	TÈCNiques ANÀLISI
<i>OE5.1 Identificar els costos econòmics de la cura</i>	Dimensió econòmica	Costos econòmics cura Economia familiar	Nivell d'ingressos de la llar de la persona dependent/cuidadora ingressos persona dependent, ingressos totals llar, percepció suficiència d'ingressos	Entrevistes tècniques Serveis Socials Consells Comarcals Entrevistes llars familiars
<i>OE5.2 Analitzar les condicions laborals i econòmiques en que es duu a terme la cura a la llar</i>	Globalització i cures	Cures globalitzades	Fluxos migratoris femenins Tipus de contractes El preu en el mercat de cures Tipus de tasques que es duen a terme Treball informal Treball intern Tipus de regulació i control estatal	Entrevistes a persones migrades treballadores de cures Entrevistes tècniques Serveis Socials Consells Comarcals Grups de discussió Cadenes Globals de Cures

<p>OE5.3 Evidenciar desigualtats de gènere, ètnia i classe social vinculades als costos econòmics i a les condicions laborals</p>	<p>Globalització i cures Interseccionalitat</p>	<p>Desigualtats per motius ètnics, color de la pell i lloc d'origen, de classe i de gènere</p>	<p>Violació drets humans</p>	<p>Entrevistes persones migrades treballadores de cures Grups de discussió Cadenes Globals de Cures</p>
---	---	--	------------------------------	---

6.5 Metodologia

La metodologia porta implícites “maneres d’estar, veure i sentir el nostre món” i condiona, per això mateix, els resultats. Com ens recorda John Law (2004) “els mètodes no tant sols descriuen la realitat sinó que contribueixen a crear-la” i es que pretendre captar “la realitat social o un trosset de realitat” implica saber que de la mateixa manera que en un moment donat un objecte s’il·lumina amb la claror, altres queden sotmesos en la foscor. El caràcter contingent, múltiple i desordenat de la realitat s’intenta posar en ordre a través del mètode. És però, l’ordre de qui investiga? En aquest sentit, Law introdueix el concepte de *hinterland* entès com a transfons de les condicions materials, assumpcions ideològiques i precomprensions d’una realitat. És a dir, la figura qui investiga conté “un feix de costoses relacions literàries i materials que s’estenen indefinidament, més o menys protocol·litzades, que inclouen afirmacions sobre la realitat i a les realitats en sí mateixes. Un *hinterland* inclou aparells d’inscripció i executa una topografia de possibilitats, impossibilitats i probabilitats de realitat” (Law, 2004:160).

La realitat no és ni exterior, ni independent, ni prèvia, ni definida, ni singular. Compartim amb Law la crítica a aquesta manera d’entendre els objectes epistèmics, des del que anomena *concepció euroamericana* o (occidental) la qual permet la visibilitat de certes qüestions, però al mateix temps n’amaga d’altres. Les pròpies pràctiques conformen mons múltiples i els mètodes duen a terme un conjunt de relacions al mateix temps que van instituint i creant mons o visions del món. Proposa la utilització del *Method assemblage* o “recopilació de mètodes” que sigui “generativa, performativa, i produeixi presència i absència. La presència pot prendre forma a través de descripcions u objectes i l’absència manifesta pot prendre la forma d’una realitat ‘exterior’ (out-there) que és representada o el context rellevant d’un objecte”(Law,2004:161)

If realities are enacted, then reality is not in principle fixed or singular, and truth is no longer the only ground for accepting or rejecting a representation. The implication is that there are various possible reasons, including the political, for enacting one kind of reality rather than another, and that these grounds can in some measure be debated. Method assemblage is the process of enacting or crafting bundles of ramifying relations that condense presence and (therefore also) generate absence by shaping, mediating and separating these (Law, 2004:162).

La present tesi deixa explícit que el coneixement “percebut” o visionat a través del seu recorregut és un coneixement que pot oferir narratives parcials, limitades, localitzades o el que es podria dir, parteix d'una determinada posició o capacitat de veure el món. Es tracta d'un “coneixement situat” en tant que es fa càrrec de la parcialitat de la mirada i la responsabilitat de “veure el món des del lloc on el veiem”, per una banda, com a subjecte d'investigació, en el sentit de Haraway(1995) d'una pretesa “objectivitat encarnada”, sota un coneixement no universal. En relació als nostres objectes d'estudi, d'acord amb Haraway, són considerats “agents vius i actius”. Pensants, amb capacitat d'actuar i no els podem tractar com a “coses, ni com a un tot homogeni”, sinó que la recerca tracta d'objectivar atorgant valor d'agència a les persones, no com en un laboratori ni amb pretensió de verticalitat de poder, sinó que es parteix de la necessitat d'obrir la nostra mirada a la multiplicitat i a les diferents visions i concepcions del món, justificades per cada bagatge humà.

Una mirada des del gènere o des del feminisme és palesa durant tota la recerca i *urgeix atendre a aquesta mirada* ja que les transformacions claus en l'articulació de les cures rau en els moviments, maniobres i accions duts a terme en molts casos, per la figura construïda socialment i històrica com a “dona” i són aquestes, “les dones”, “les peces” que continuen movent-se en l'espai exercint en alguns casos, pressió per a canviar les regles del joc alhora que continuen exercint les tasques de cures. Són dones les principals agents d'acció i de ruptura en el món de la cura, col·lectius de dones diferents, travessades per múltiples desigualtats. En aquest sentit, la investigació és duta a terme sota la mirada i el clam en el món d'aquests col·lectius, dones de diferents orígens culturals, bagatges i contextos, amb mirades del món diverses, de generacions diverses, i ètnicament, també diverses.

La recerca atorga especial valor als paràmetres espacials, el context del món rural. Els paràmetres temporals presenten les seves limitacions, degut a que aquesta tesi es basa en l'obtenció de dades transversals. Així i tot, ambdós paràmetres són interdependents i necessaris per a comprendre unes determinades pràctiques socials. Els espais anomenats “rurals” avui conflueixen amb altres i són multidimensionals. Són

heterogenis, plurals i globals, i el fet "rural" mai no pot ser definit de forma unívoca si no és que s'hagi definit des d'un discurs arrelat a un poder difús i opac que pretén homogeneïtzar i reduir, amb voluntat de construir o manipular un determinat estat de les coses. L'espai comunicacional ocupa també un lloc central en la recerca, sobretot perquè se superposa i vincula com a possibilitat relacionada amb l'espai físic, territorial, i l'espai global.

Reflexionar sobre el mètode ens implora prudència, molta humilitat, i poca pretensió. Només el que pot abraçar la mirada sistematitzada dels resultats a partir del disseny metodològic. Els capítols precedents fan un intent de dibuixar els contextos i discursos a partir dels quals situem la nostra pràctica investigadora, i serveixen per això, per a comprendre l'escenari i la pluralitat d'idees, o algunes d'elles, dins d'aquest escenari.

6.5.1 Disseny metodològic: aproximació qualitativa

En consonància els objectius proposats, l'apropament a l'objecte d'estudi es duu a terme sota una aproximació qualitativa. Només aquesta metodologia pot arribar a mostra la complexitat de l'experiència viscuda des del punt de vista de les persones que l'estan vivint (Taylor i Bodjan, 1984).

L'estudi dut a terme en la present tesi és de tipus analític, ja que cerca comprendre, aclarir, explicar o analitzar una problemàtica. Es configura com a *estudi de cas* localitzat al territori lleidatà, espai predominantment rural que conflueix amb l'espai urbà de la ciutat de Lleida. L'interès se centra en el territori rural no obstant no s'exclou la ciutat de Lleida ja que el nucli urbà constitueix un eix central en les relacions entre la demarcació lleidatana per la seva concentració de serveis públics (centres hospitalaris, acadèmics, delegacions d'administracions territorials autonòmiques i estatals) i és útil per a establir comparacions.

6.5.2 L'ús del mètode qualitatiu per a atorgar valor d'agència a les actores i actors socials.

El mètode qualitatiu posa èmfasi en l'estudi dels fenòmens socials en el propi entorn natural on succeeixen, donant primacia als aspectes subjectius de la conducta humana per sobre de les característiques objectives (Ruíz Olabuénaga, 2012). L'opció d'escollir una metodologia basada en tècniques d'investigació qualitativa respon al supòsit que el

món social és construït a partir de símbols i significats, per aquest motiu el sentit de la recerca és buscar com es construeixen aquests significats. Segons Ruíz Olabuénaga (2012:44) les tècniques de recerca qualitatives aplicades a l'objecte d'estudi que es planteja pretenen:

- 1) Entrar en el procés de construcció social de les relacions implícites en les cures, que implica reconstruir els conceptes i accions de la situació estudiada.
- 2) Descriure i comprendre els mitjans a través dels quals les persones que exerceixen treball de cures s'embarquen en accions significatives creant el seu món propi en relació a les persones receptores de cures.
- 3) Es recorre a descripcions en profunditat reduint l'anàlisi a àmbits limitats d'experiència, el treball de cures, a través de la immersió en els contextos on aquest té lloc, com és el cas de les llars familiars.
- 4) La persona investigadora ha de tenir present que el sentit de les accions mai pot donar-se per descomptat i està lligat a un cert context i moment històric, en aquest cas l'espai rural.

6.6 Cronologia de la recerca

L'actual tesi s'ha dut a terme en tres períodes o fases⁹³: el primer o **fase d'exploració**, entre 2014 i 2015, consistí en la definició de la problemàtica a partir tant d'entrevistes exploratòries, organització d'activitats a través d'una associació endegada per l'autora i que tenia per nom: Nexes Socials <https://nexessocials.wordpress.com/>, el paper d'observadora participant a través de la pràctica professional com a docent en el terreny a través de la conducció de *grups de suport* adreçats a persones cuidadores familiars a través del Consell Comarcal de la Noguera i l'esmentada associació, *docència a persones cuidadores* a diferents seus comarcals lleidatanes, i *docència individualitzada als propis domicilis rurals* en el marc d'un projecte de formació individualitzada de l'entorn rural realitzat a les comarques de la Segarra, les Garrigues, el Pallars Jussà i el Pallars Sobirà en coordinació amb els Serveis Socials comarcals, dins dels programes de formació a Persones cuidadores no professionals de la Generalitat de Catalunya duts a terme a través de Creu Roja i la Fundació Pere Tarrés.

⁹³ L'actual tesi s'ha dut a terme a temps parcial mentre l'autora treballava en diverses docències a jornada completa. Això explica la seva progressiva execució, pas a pas, segons les possibilitats reals de temps.

La segona fase, **Treball de camp I i II** es va dur a terme en dos períodes: entre 2016-2018, i de 2018-2021. Es va iniciar el treball de camp sobre el terreny consistent en *entrevistes en profunditat basades en qüestionaris estandarditzats a quasi un centenar de llars* on vivien persones grans en situació de dependència i on s'entrevistà tant a la persona cuidadora com a la persona gran si aquesta gaudia de suficient salut com per a respondre. Durant aquest període es realitzaren *entrevistes en profunditat a 8 àrees de Serveis Socials* i en concret a les persones coordinadores de Serveis Socials o d'Atenció a les Persones. També es van dur a terme *dos grups de discussió* a la comarca del Pallars Jussà adreçats a dues tipologies de perfils de dones en la seva relació amb la cura: les unes, representants de la família pairal catalana i cuidadores familiars que eren esposes d'hereus o pubilles, i l'altre, a dones que cuiden els seus familiars de generacions incorporades al treball remunerat. Entre 2018 i 2021, s'ha dut a terme la recerca *Cadenes Globals de Cures feminitzades a Lleida*, finançada per la Unitat de Desenvolupament i Cooperació de la Universitat de Lleida. En aquesta recerca s'han realitzat *quatre grups de discussió* amb diferents actors i actores de cures – administracions públiques, empresa privada, sindicats, associacions, cuidadores familiars i persones cuidadores migrades d'origen estranger. Alhora, es van fer *setze entrevistes en profunditat* a dones migrades, treballadores de la llar i de cures.

Una tercera fase, **o Elaboració del document final de la recerca**, Entre 2021 i 2023 s'ha procedit a la redacció d'anàlisi, discussió de resultats i conclusions finals de la tesi.

A continuació es mostra la cronologia de les accions dutes a terme a través del treball de camp i el recull de tècniques utilitzades, així com els mètodes de recolecció de dades i la seva relació amb els objectius de la recerca. (veure Quadre 6.3)

Quadre 6.3 Cronologia o calendari de la tesi

		CRONOLOGIA O CALENDARI										
FASES	Objectius generals	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	
I. Fase exploratòria												
8 Entrevistes exploratòries	OG1	■										
1 Entrevista membre sindicat COOO Sanitat- infermera (Lleida)		■										
Observació participant a partir de l'experiència laboral		■										
36 Qüestionaris exploratoris a cuidadores familiars		■ ■										
Participació amb comunicació al Vè Congrés d'Economia Feminista		■ ■										
II. Treball de camp												
8 Entrevistes en profunditat	OG3, OG5			■								
92 Entrevistes estructurades en qüestionaris a llars familiars en 7 comarques	OG2, OG4			■	■	■						
2 Grups de discussió amb cuidadores familiars	OG4				■	■						
4 Grups de discussió Cadenes Globals de Cures	OG5, OG3					■	■	■	■			
16 entrevistes en profunditat						■	■	■	■			
III. Elaboració document final tesi												
Participació com a ponent al ciclo Retos: Envel·liment en el Medi Rural actual. Problema o oportunitat. Tortosa. UOC 26.10.22 https://symposium.uoc.edu/87465/detail/ciclo-retos-envejecimiento-en-el-medio-rural-actual-problema-u-oportunidad.html										■	■	
Participació com a ponent a la taula rodona en 2a Jornada pel Dret a la Cura a Lleida en el 2on Fòrum pel Dret a la Cura https://dretacura.bcn.coop/ 6.05.23										■	■	
Elaboració dels resultats										■	■	
Discussió dels resultats										■	■	
Conclusions										■	■	

6.7 Les tècniques de recerca

A continuació, es detallen l'organització i el disseny de les tècniques de recerca, que són: **24 entrevistes amb profunditat, 92 entrevistes estandarditzades mitjançant qüestionari a les llars i 6 grups de discussió.**

6.7.1 Les entrevistes

La modalitat d'entrevista en profunditat s'ha adreçat a dos tipus de col·lectius: persones coordinadores de l'àrea de Serveis Socials o Atenció a les Persones com a representants de les administracions públiques locals, i a dones migrades treballadores de cures (i de la llar).

a) ENTREVISTES A FIGURES REPRESENTANTS DE L'ADMINISTRACIÓ PÚBLICA LOCAL

Es van dur a terme 8 entrevistes en profunditat a persones coordinadores de l'Àrea de Serveis Socials o administracions públiques locals formades per 7 Consells Comarcals lleidatans i 1 a la Cap de Serveis Socials de l'Ajuntament de Lleida. Aquestes entrevistes es van realitzar durant el 2016, en un context post-crisi 2008 situat abans de la lleu recuperació econòmica dels anys precedents a la COVID-19. És en aquest context que cal incloure la interpretació dels discursos per part de les figures coordinadores dels Consells Comarcals.

La selecció de la mostra de persones entrevistades s'ha fet de manera que hi hagi representativitat de la diversitat rural territorial: territori d'alta muntanya o Alt Pirineu i Aran i territori de la plana o Comarques de Ponent. Les entrevistes s'han dut a terme a les pròpies seus dels consells comarcals o administracions locals següents:

Zona 1: **Alt Pirineu i Aran:**

- Consorci d'Atenció a les persones de l'Alt Urgell, a la Coordinadora d'Atenció i Serveis a les persones Seu comarcal: La Seu d'Urgell. (Entrevista 8 –E8).
- Àrea de Serveis Socials de l'Alta Ribagorça. Coordinadora de Serveis Socials Seu comarcal: Pont de Suert. (Entrevista 2 -E2-).

- Comarca de l'Aran (Conselhèra responsable del Departament de Torisme, Desenvolupament econòmic i Departament de Benèster e Salut). Vielha (Val d'Aran) (Entrevista 6 -E6)

Zona 2: **Comarques de Ponent**

- Comarca de les Garrigues. Coordinadora responsable de l'Àrea de Serveis Socials Seu comarcal: Les Borges Blanques. (Entrevista 1 –E1-).
- Comarca de la Segarra. Coordinadora responsable Àrea de Serveis Socials Seu comarcal: Cervera (Entrevista 3 –E3).
- Comarca de la Noguera. Coordinador responsable Àrea Serveis Socials Seu comarcal: Balaguer(Entrevista 5-E5).
- Comarca del Pla d'Urgell. Coordinadora responsable Àrea Serveis Socials (Entrevista 4 –E4)
- Ajuntament de Lleida. Cap de Serveis Socials de l'Ajuntament de Lleida (Entrevista 7-E7)

Des del punt de vista formatiu-educatiu les persones entrevistades provenen de disciplines com el Treball Social, Psicologia, Educació Social, Infermeria i Magisteri.

El procediment metodològic utilitzat per a la realització d'entrevistes plantejava quatre dimensions d'anàlisi en relació amb els objectius de la recerca. Aquestes, vertebradores inicials per a l'anàlisi han estat les següents:

1. Provisió social de serveis en relació a la cura de les persones grans.
2. Transformacions sociodemogràfiques i contextualització en el món rural
3. Condicionants econòmics
4. Consciència de gènere

S'ha utilitzat un mateix guió de preguntes o document ANNEX I –fonamentades teòricament i en consonància amb els objectius de la recerca. Les vuit entrevistes realitzades es consideren semi-estructurades i en base al guió anterior, així no obstant, en la seva posterior anàlisi s'ha optat per a categoritzar i codificar d'una forma oberta la informació d'acord amb el conceptes i dades rebuts de manera que els objectius de la recerca no condicionin i determinin, ni limitin els significats, sentits i nous conceptes sorgits, i respectant els temes, conflictes o problemàtiques en que coincideixen varis entrevistats.

b) ENTREVISTES EN PROFUNDITAT ESTANDARDITZADES MITJANÇANT QÜESTIONARI ESTRUCTURAT A LLARS FAMILIARS

Entre 2016 i 2018 es van realitzar noranta-dos entrevistes estructurades a través de qüestionaris (ANNEX II), duts a terme a llars familiars a set de les comarques lleidatanes. Les entrevistes han estat realitzades mitjançant un tipus de qüestionari estructurat adreçat per una banda a la pròpia persona destinatària de les cures, i per l'altra, a la figura familiar responsable principal de la cura de les persones grans. Correspon a una mostra de **noranta-dos llars familiars localitzades en set de les comarques lleidatanes, de les quals 19 se situen a la zona d'Alt Pirineu i Aran, i 73 a la Plana de Lleida.**

1. Temporalització

Les entrevistes es van dur a terme entre el dia 30 d'agost de 2016 i el 22 de febrer de 2018.

Any	Nombre d'entrevistes
2016	18
2017	68
2018	6

2. Espai de realització

Comarques lleidatanes realització estudi llars familiars

	Freqüència	Percentatge
Noguera	33	35,9
Pallars Jussà	5	5,4
Pallars Sobirà	7	7,6
Pla d'Urgell	23	25,0
Segrià	6	6,5
Solsonès	11	12,0
Val d'Aran	7	7,6
Total	92	100,0

Les entrevistes han estat possibles a partir del propi treball professional de formació a persones cuidadores familiars a les llars que han accedit a respondre i també de contactes amb les pròpies persones residents en el territori o procediment "bola de neu". Una minoria de casos ha estat possible a partir del contacte amb els Serveis Socials

comarcals, alguns dels quals, com a la Vall d'Aran, el Solsonès, ens han proporcionat diligentment els contactes de les llars, mostrant molt d'interès per l'actual recerca.

La realització d'aquestes entrevistes ha suposat una tasca àrdua en el sentit que cadascuna d'aquestes entrevistes ha tingut una durada d'entre dues i tres hores per llar visitada. En total s'han dut a terme aproximadament 230 hores d'entrevista. La informació extreta permet dur a terme una anàlisi o diagnosi de com viuen actualment les llars familiars la cura de les persones grans. **Han estat entrevistades un total de 191 persones**, tenint en compte que l'entrevista a cada llar es va dur a terme tant a la persona receptora de cures com a la persona cuidadora, i en un 7% de les llars entrevistades hi havia dues persones grans receptores de cures.

En primer lloc, tenint en compte l'amplitud del qüestionari objecte de les entrevistes, s'ha realitzat un buidatge amb el programa estadístic SPSS, les dades del qual, tot i que no són representatives a nivell de nombre ni d'aleatorietat, sí que ens permeten traçar un retrat transversal de les llars lleidatanes rurals en el moment actual. Cal tenir en compte que el caràcter de representativitat no s'exhaureix amb el nombre de persones entrevistades, ja que hi ha més factors com el factor de representativitat del territori rural, i en aquest cas, el caràcter rural de les fonts d'obtenció de dades és el que predomina.

c) ENTREVISTES EN PROFUNDITAT A DONES MIGRADES TREBALLADORES DE CURES

L'objectiu general de la recerca Cadenes Globals de Cures Feminitzades a Lleida va consistir en avaluar les condicions socials, laborals i econòmiques de dones d'origen estranger que cuiden persones grans dependents a les llars familiars lleidatanes. Un dels objectius específics d'aquesta recerca era conèixer les trajectòries de vida de 16 dones migrades que exerceixen actualment treball de cures a casa nostra fixant-nos en la seva situació laboral i en les seves condicions socials d'existència.

El contacte amb les persones entrevistades es dugué a terme mitjançant diversos intermediaris: la Coordinadora d'ONG de Lleida, l'Associació Aliança Ètnica, el Centre Llatinoamericà de Lleida, Anem-hi (Tàrrrega) i Càritas Lleida. La resta dels contactes els hem aconseguit a través de la tècnica de la bola de neu.

Les entrevistes es van dur a terme entre el novembre del 2018 i el desembre de 2019 a la mateixa Universitat de Lleida i a la Coordinadora d'ONG, així com en altres espais estratègics, la major part dels quals públics i neutrals, excepte en el cas de les tres treballadores internes, que han estat entrevistades als domicilis on treballen o en un altre establiment privat.

Les entrevistes han estat transcrits i inserit en el programari Atlas-ti, que ens ha permès la codificació per temes i l'ordenació de les corresponents citacions.

Quadre 6.4. Perfil de les persones entrevistades estudi Cadenes Globals de Cures feminitzades

Núm.	Data realització i lloc	Origen i any arribada	Edat	Tipus de contracte	Envia remeses	Nacionalitat o residència	Grau de formació
E1	Novembre 2018 Tàrraga	Perú 2016	36	Interna sense contracte	Sí	No	Superior. Estudis inacabats d'administració d'empreses. Té formació en disseny gràfic i assistència de gerència.
E2	Novembre 2018 Lleida Coordinador a ONG	Camerun 2010	37	Amb contracte. Treballa a la cooperativa Suara per al SAD. Ajuntament de Lleida.	Sí	Sí	Secundària. Cicle mitjà tècnic en atenció a la dependència.
E3	Desembre 2018 Espot	Bulgària 2007 Reagrupada	23	Interna amb contracte	No, ajuda la seva mare; la seva família és aquí	Sí	Primària. Estudis obligatoris inacabats.
E4	Desembre 2018 Mollerussa	Bolívia 2014	30	Interna amb contracte	Sí	No	Secundària. Auxiliar d'infermeria.
E5	Novembre 2018 Lleida	Perú	49	Externa sense contracte	Sí	No té papers	Superior. Infermera tècnica graduada.
E6	Novembre 2018 Lleida	Veneçuela 2016	56	Externa sense contracte	Sí	No té la nacionalitat; sí que té la residència	Superior. Llicenciada en turisme.
E7	Gener 2019 Tàrraga Casal d'entitats de Tàrraga	Marroc 2007. Reagrupada	21	Externa sense contracte	Sí, a la seva germana	No	Primària. Estudis obligatoris inacabats.
E8	Gener 2019 Lleida UdL	Brasil 2016	39	Externa sense contracte. Cuida infants mentre cerca feina.	No	No	Superior. Llicenciada en dret.
E9	Gener 2019 Balaguer	Algèria 1998	39	Treballa en una residència fent torns de nit	No	Sí	Secundària. Estudis secundaris acabats.

E10	Febrer 2019 Tremp. Centre, associacions i biblioteca	Ecuador 2006	50	Treballa fent domicilis a la comarca del Pallars Jussà. Acaba de deixar una feina amb contracte.	No	Sí	Secundària. Estudis universitaris inacabats.
E11	Desembre 2019 Lleida UdL	Colòmbia 2019	48	Ha treballat cuidant i ara cerca feina i fa feines puntuals	Sí	No	Superior. Llicenciada en dret.
E12	Novembre 2019 Lleida UdL	Perú 2006 Reagrupada	51	Cerca feina i ha treballat com a cuidadora a Espanya, Xile i l'Argentina	No	Sí	Primària i formació específica en dependència
E13	Febrer 2019	Romania 2002	46	Treballa sense contracte en una empresa de neteja i ha cuidat persones grans	No	Sí	Primària
E14	Març 2019 Lleida UdL	Romania 2002	50	Cerca feina	No	Sí	Primària
E15	Desembre 2019 Lleida UdL	Veneçuela 2019	53	Treballa cuidant els caps de setmana a Llavorsí i viu a Lleida	Sí	No	Doctora en arts plàstiques. Ha estat professora universitària.
E16	24 d'abril 2019 Lleida UdL	Romania 2007	39	Treballa cuidant a mitja jornada sense contracte	No	Sí	Secundària

6.7.2 Els grups de discussió (GD)

S'han dut a terme un total de 6 grups de discussió.

a) Grups de discussió amb dones cuidadores familiars de persones grans en entorn rural

Els dos primers grups de discussió (GD1) i (GD2) s'adreçaren a dones cuidadores familiars de persones en situació de dependència amb l'objectiu d'analitzar les diferències discursives entre dones de diferents generacions respecte al concepte i pràctica de la cura dels seus familiars.

El GD1 s'adreçà a cuidadores dones representants de la família tradicional pairal lleidatana casades amb un hereu o pubilles. Es dugué a terme el dissabte, 28 Gener 2017, a les 17,30h en un espai públic anomenat l'Epicentre de la ciutat de Tremp (Comarca Pallars Jussà).

Participants:

D1. Dona, 64 anys (hi assisteix també la seva filla de 34 anys). (Pallars Jussà) Pubilla, cuidadora actual de la seva mare i amb anterioritat cuidadora del seu pare i dues ties. Separada des de fa molts anys, ha pujat ella els seus dos fills tot en família extensa dins la casa pairal.

D2 Dona, 34 anys (filla de l'anterior, decideix assistir a darrera hora). Viu a Barcelona i té dos fills petits. (s'accepta que hi participi perquè el seu discurs és útil com a contrast, ja que representa a noves generacions provinents del món rural, que després de formar-se han realitzat mobilitat laboral i residencial cap a zones urbanes).

D3. Dona, 53 anys. (Pallars Jussà) Pubilla, filla i cuidadora de la seva mare, casada amb un hereu i natural dels pobles de Llimiana. Viu en una casa independent de la seva mare i té dos fills que estan estudiant a Barcelona. La seva mare viu sola però ella li fa suport i acompanyament diari.

D4. Dona, 50 anys. (Pallars Jussà). Pubilla i cuidadora de la seva àvia de 103 anys i dels seus pares grans. Viu en família extensa formada per tres generacions: àvia, pares i ella.

D5. Dona, 60 anys. (Vall Fosca, Pallars Jussà) Casada amb un hereu. Viu en família extensa amb la seva sogra, a qui cuida, el seu marit i el seu fill.

D6. Dona, 79 anys. (Pallars Jussà). Cuida actualment el seu marit i ha cuidat altres familiars de la casa troncal, el seu marit és hereu. Viu amb el seu marit. Té dos fills, l' un viu a Tremp i amb ell té estreta relació i suport, també té una filla que viu a Cardedeu a qui veu mensualment.

D7. Dona, 62 anys (Pallars Jussà), natural de València. Cuidadora actual del seu marit des de que sofrí un ictus. Ell ha estat hereu. Actualment viu en família nuclear, només amb el seu marit, els seus dos fills resideixen a Berlín i a Palma de Mallorca.

El GD1 ha estat homogeni pel que fa al gènere, paper de cura de persones en situació de dependència i paper que ocupen els seus membres com a part integrant de la família pairal pagesa lleidatana.

- Totes les participants treballen a casa i gestionen o i altres tasques econòmiques i patrimonials (en excepció de la D2, que és filla de la D1)
- Totes les persones participants gestionen actualment la cura de familiars en situació de dependència.
- Totes les participants viuen en nuclis rurals. Conques, Pobellà, Sant Martí de Canals i Erinyà (menys de 200 habitants) i dues viuen a Tremp i a La Pobla de Segur. La participant D2, resideix a Barcelona.
- Nivells acadèmics de les participants: Quatre les participants tenen un nivell acadèmic d'estudis primaris, dues tenen estudis a nivell de secundària i la noia jove (D2) té estudis universitaris.

El grup era heterogeni pel que fa a edats i ubicació geogràfica segons nivells diferents de ruralitat.

El GD2 s'ha dut a terme amb dones cuidadores incorporades al món laboral, amb edats compreses entre 47 i 64 anys. S'han escollit aquestes franges d'edat, ja que aquestes dones representen i exemplifiquen les necessitats i problemàtiques de la dona que realitza treball de cura alhora que treballa remuneradament fora de casa. Aquest grup de discussió s'ha dut a terme a Tremp (Pallars Jussà). Cal afegir que s'havia convocat a 6 persones, dues de les quals procedien del Pallars Sobirà, però que per un motiu o altre no es presentaren al grup el dia i hora programats. S'optà per dur endavant el grup amb quatre persones tres d'elles procedents de la comarca del Pallars Jussà i una altra, de Lleida ciutat (Segrià). La sessió es realitzà en un espai

públic cedit pel Consell Comarcal del Pallars Jussà, i situat ben al centre de Tremp. La durada fou de 90 minuts.

El perfil de les participants era el següent:

D1: 47 anys i original del poble de Benavarri (Osca). Cuida pare i mare que viuen en una llar individual. Ella i el seu marit treballen a l'IES de Tremp i tenen una filla de 4 anys. La participant va haver de traslladar els seus pares de Benavarri a Tremp perquè eren grans i requerien cures. Ha compaginat treball remunerat i no remunerat de cures durant molt de temps fins a caure en una situació greu de sobrecàrrega física i psicològica. Finalment, seguint diversos consells ha optat per contractar una persona que s'ocupa de la cura directa dels seus pares.

D2: 64 anys, original de Tremp. És filla única. Viu amb el seu marit i la seva mare gran amb tercer grau de dependència a qui cuida amb l'ajuda de dues persones a qui paga i amb qui compagina les tasques de cura mentre treballa com a pedagoga. Les seves dues filles viuen a Barcelona i als Estats Units.

D3. 61 anys, resideix a Lleida, és funcionària i treballa en horari intensiu. Ella està divorciada i té els fills grans fora de la ciutat de Lleida. S'ha traslladat a viure a casa de la seva mare per a tenir-ne cura. La seva mare té depressió, és vídua recentment i necessita molta atenció.

D4. 45 anys, resideix a Sant Cristòfol la Vall, però prové de la província de Barcelona. Es casà amb un pagès que ha mort recentment. Té un fill de 12 anys. Compagina la cura dels seu sogre amb la cura del fill al mateix temps que treballa en una residència a Àger. Recentment la seva sogra ha estat ingressada a la mateixa residència, aquesta pateix d'Alzheimer.

El grup és homogeni pel que fa a que totes les participants gestionen la cura dels seus familiars alhora que treballen remuneradament fora de casa. Totes les participants són dones.

És heterogeni en el sentit que algunes de les participants han contractat cures externes i altres no, disposen de diferent capital social, econòmic i cultural.

b) Grups de discussió dins la recerca Cadenes Globals de Cures feminitzades a Lleida

Entre 2018 i 2020, i en el marc d'aquesta recerca s'han dut a terme quatre grups de discussió:

El primer grup (GD3), amb figures gestores de les cures socials: persones treballadores d'administracions públiques, empreses, entitats socials i sindicats.

En aquest grup han participat vuit persones: dos treballadores de l'ajuntament de Lleida, una treballadora familiar autònoma resident a Tàrraga (servei d'atenció a domicili Anem-hi), un sòcia propietària de l'empresa privada Abast Serveis SL, un representant d'ASPID Lleida, el director de l'Àrea de Serveis Socials de la comarca de la Noguera, la coordinadora de Serveis Socials del Consorci d'Atenció a les Persones i Gent Gran de la comarca de l'Alt Urgell i un treballador social de CITE CCOO.

Els temes que s'hi han tractat han estat: *crisi de cures, externalització del treball de cures i mercat de cures; feminització de les migracions i desprotecció social i legal en el sector dels serveis domèstics i de cures; desregulació del sector, convenis laborals i règim especial del treball domèstic; treball intern i extern; desigualtat per raó de gènere, ètnia i classe social i violació de drets humans*

El segon grup (GD4) s'ha dut a terme amb cinc familiars de persones que actualment estan en situació de dependència i que tenen contractada una persona d'origen estranger perquè les cuidi. Els temes que s'hi van tractar van ser: *transformacions i canvis en la composició i l'estructura de les famílies i necessitats emergents de cura; paper i situació actual de les dones; immigració i condicions socials i laborals de les treballadores estrangeres que exerceixen el treball de cures; la cura com a responsabilitat social o individual (de les famílies); protecció social, economia i cura*

El tercer grup (GD5) ha estat format per vuit persones d'origen estranger, set dones i un home, procedents de Llatinoamèrica —Veneçuela (2), Colòmbia (3), el Perú (2) i Mèxic (1)—, que treballen o han treballat cuidant gent gran a Lleida o a Catalunya. Totes vuit eren membres del Centro Latinoamericano de Lleida o hi tenien contactes. Els temes que s'hi han analitzat són: *canvis culturals i treball de cures; existència de desigualtats en la feina; condicions laborals del treball de cures; conflictes, problemes i reptes en relació amb el treball de cures; relació entre gènere i cures.*

El quart grup (GD6) (havia previst la presència de cinc persones, dues de les quals no es van presentar) l'han format tres dones autòctones, dues d'elles treballadores del servei d'atenció a domicili (SAD) a la comarca de la Noguera, contractades per la Fundació Pere Mata, institució a la qual els Serveis Socials de la comarca de la Noguera han externalitzat els serveis de SAD. L'altra participant treballa exercint tasques de cura amb persones grans a la ciutat de Balaguer mitjançant treball informal mentre rep una pensió no contributiva a causa d'una malaltia.

6.7.3 Triangulació de fonts de dades

Amb l'objectiu de validar i aconseguir resultats fiables després de l'anàlisi dels resultats s'ha utilitzat *la triangulació de les dades* que es defineix com l'ús de diferents mètodes per a l'estudi d'un mateix fenomen (Denzin, 1970). Existeixen diversos tipus de triangulació: entre teories, mètodes, dades, investigadors i altres. En el marc de l'actual tesi s'ha optat per dur a terme *una triangulació de dades* dins l'espai rural, això és, la intervenció i creuament de dades qualitatives i quantitatives per part de diferents persones o actors de l'espai rural, fet que enriqueix molt i permet llegir el context rural des de diferents punts de vista i des de diferents veus i mirades. Aquest tipus de triangulació admet que durant la investigació, es puguin contextualitzar els conceptes considerats en la recerca, pel fet que "la unitat constitutiva d'aquests conceptes- la persona-, pot ser descoberta en la seva situació contextual"(Denzin,1970).

La triangulació de dades segons Denzin (1970), pot ser duta a terme de tres formes: la primera, a través d'una anàlisi de dades agregades, això és, analitzant les característiques d'un fenomen sense que hi hagi vincles entre les persones, o al conjunt de persones que ocupen un mateix espai social, però que són diverses i poden parlar del mateix fenomen. En segon lloc, i aquesta és una de les formes utilitzades en aquesta recerca, és l'anàlisi de dades interactives, que es caracteritza pel contacte entre persones que formen part de l'objecte de recerca, això és, la persona receptora de cures i la persona cuidadora familiar alhora o en relació i en tercer lloc, una triangulació de dades de tipus col·lectiu. En aquesta anàlisi, la unitat d'observació és l'organització, el grup, una comunitat o una societat "on tant les persones com les interaccions són tractades de la manera en que elles reflecteixen pressions i demandes de la col·lectivitat total" (Alzás García i García, 2017:17).

Dins d'aquesta anàlisi, es pot distingir *l'anàlisi ecològica*, que parteix del context natural de les dades, on tant la recollida com l'anàlisi i la interpretació es contextualitzen en un entorn concret, *l'anàlisi institucional*, centrat en les interrelacions entre institucions polítiques, econòmiques o religioses o altres, i *l'anàlisi cultural* que emfasitza els valors, normes, pràctiques i ideologies que influeixen en un mateix fenomen. La triangulació de mètodes també s'utilitza en aquesta recerca, aquesta pot ser intramètode o dins d'un mètode, o intermètode o entre diferents mètodes. La triangulació intramètode o dins d'un mateix mètode, permet seleccionar les dades de diferents tècniques de recollida d'informació emmarcades dins de la línia estratègica d'aquest mètode (Alzás García i García, 2017). Els mètodes i recolecció de dades dissenyades estan orientats cap al mateix objectiu d'estudi i persegueixen una mateixa variable. Aquest tipus de triangulació s'utilitza quan es consideren les unitats observacionals com a multidimensionals o moltes dimensions de la realitat social explicatives de l'objecte d'estudi.

PART III. RESULTATS I DISCUSSIÓ

Capítol 7. RESULTATS

Els resultats es presenten a partir de la *triangulació de dades recollides i en funció dels objectius de la recerca*⁹⁴ a diferents espais formats per agents que intervenen en les cures a les persones grans en el context rural lleidatà: l'espai de la llar familiar, l'espai públic o administració pública, l'empresa privada i entitats socials i l'espai global a través de les veus de les treballadores de la llar migrades. S'utilitza la triangulació com a sistema de verificació on convergeixen moltes fonts d'informació per a formar temes o categories. Aquesta estratègia metodològica pretén augmentar la validesa dels resultats (Blaikie,1991;Cisterna Cabrera,2005) i comprendre de manera més clara l'escenari contextual de les persones o subjectes estudiats (Mayz Díaz, 2007). Les fonts de dades provenen dels grups de discussió, qüestionaris estructurats amb finalitat qualitativa i entrevistes en profunditat.

7.1 LA CURA SOCIAL

El primer *objectiu general* pretén **deconstruir la representació del fenomen de la cura a les persones grans amb dificultats en la seva autonomia, en la seva accepció de cura social**, o fenomen que transcendeix la llar i és un problema social i col·lectiu.

Els conceptes claus són: la cura social, la corresponsabilitat en la cura, visió de les cures com a problema social versus individual.

Els *objectius específics* preveuen 1) Analitzar les posicions discursives per part de diferents actors socials entorn la responsabilitat de la cura de les persones grans en situació de dependència en l'entorn rural. 2) Analitzar la lògica i articulació dels discursos sobre qui és responsable de la cura.

A continuació es presenten, en primer lloc, resultats de l'anàlisi discursiu provinent d'*entrevistes en profunditat* dutes a terme el 2016 a una mostra de seus comarcals dels Serveis Socials, en segon lloc, els resultats de les *llars familiars* (2016-2018). Finalment

⁹⁴ Els resultats de la recerca es presenten a partir de les veus de les persones participants en la recerca després de l'aplicació de les tècniques d'anàlisi. És en el següent capítol o la discussió on s'interpreten en base a la teoria presentada en el marc de la recerca.

s'indaga el mateix tema dins dels *grups de discussió* (2019) on participen persones representants de la gestió pública, privada o entitats socials i sindicats.

7.1.1. L'ESPAI PÚBLIC: la mirada de les administracions públiques locals

Les percepcions sobre aquesta qüestió per part de figures representants d'administracions públiques locals sorgeixen *d'entrevistes en profunditat a persones coordinadores de Serveis Socials*⁹⁵ d'una mostra de comarques lleidatanes, i *d'un grup de discussió (GD3) que aplega figures gestores de cures* amb persones grans provinents també d'administracions públiques, sector privat i entitats socials.

7.1.1.1 La difícil assumpció de corresponsabilitat pública en la cura

La qüestió abordada és la següent: com es podria plantejar *una organització social de la cura* entesa com a problema social o col·lectiu? (Veure guió a ANNEX I). En aquesta qüestió hi ha implícits presentar i preguntar pel repte de socialitzar els riscos socials actuals emergents en relació a la cura i la seva corresponsabilitat en una societat altament individualitzada.

a) El problema és de la família, qui s'ha d'organitzar autònomament.

Sense especificar, per una banda, quins són els perfils usuaris de les famílies que s'adrecen als Serveis Socials, en tot cas, caldria conèixer quins són els usuaris a partir dels quals les pròpies administracions forgen una idea de "la família" i construeixen representacions d'aquestes⁹⁶. Per altra banda, el caràcter absent d'associació o interrelació entre canvis en el gènere i situació actual de les famílies, pren significació en els posicionaments. En cap moment es planteja la influència que poden tenir canvis en els rols femenins i manca de relleu o temps per a la cura.

⁹⁵ Les **entrevistes en profunditat** es realitzaren a la pròpia seu territorial dels Serveis Socials de set comarques lleidatanes (Alt Urgell, Val d'Aran, Alta Ribagorça, Les Garrigues, Segarra, Noguera i Pla d'Urgell) i a la Cap de Serveis Socials de l'Ajuntament de Lleida. L'anàlisi de les entrevistes s'ha dut a terme inductivament, partint de la segmentació per unitats d'anàlisi i unitats de sentit de cada entrevista i la comparació entre aquestes, s'ha procedit a la categorització i codificació, i a partir d'aquí sorgeixen dimensions i temes claus.

⁹⁶ Les representants no especifiquen en cap moment, si les famílies amb qui tenen contacte són exclusivament famílies amb moltes necessitats econòmiques, fet essencial a l'hora de comprendre el seu discurs. Així i tot, partint del fet que qui s'adreça als Serveis Socials probablement pot trobar-se en situacions en que ja no pugui recórrer a la xarxa familiar per a demanar ajuda, el discurs apunta o assenyala cap "a la responsabilitat d'aquestes famílies".

Una part dels posicionaments apunta cap a un **desplaçament de la responsabilitat de les cures cap a les famílies**, per una banda, i a una *individualització institucionalitzada* dels problemes familiars, a més d'assenyalar com a dificultats l'augment de la variabilitat de situacions familiars:

Hauríem d'augmentar la protecció social però la família no es pot desconscienciar, el problema és seu, l'hem d'ajudar, però el problema és seu". "Jo crec que avui en dia o la persona té molta capacitat d'organitzar-se autònomament, a nivell econòmic o a nivell familiar, o sinó, si ha de confiar de les ajudes socials, malament anem. (Coordinadora Serveis Socials Consell Comarcal Garrigues).

És un tema que no és només per la gent discapacitats o per avis, les famílies també tenen fills i busquen cuidadors, en general la societat ha evolucionat d'una manera i penso que els plantejaments són molt personals, de cadascú que és el que vol del seu plantejament familiar, penso que a no ser que tinguin problemes greus de malaltia, però això sempre havia passat i dones treballadores n'hi ha hagut sempre, jo considero que la gent hem d'organitzar-nos la nostra vida i on no s'arribi sí que pots demanar ajuda, ara, l'ajuda sistemàtica és una cosa que trobo delicada. L'Estat de Benestar en que ja vagi implícit el poder tenir ajudes quan igual per la teva capacitat econòmica, penso que cal ser molt curós i que s'ha de deixar que la societat s'organitzi sola...les administracions estem per a coordinar necessitats i resoldre problemes reals.(Conselhèra Dep Torisme, salut e benéster, desenvolupament econòmic, Val d'Aran).

Jo els dic als meus pares, quan sigueu grans, jo em preocuparé per vosaltres, però jo no sacrificaré la vida per vosaltres, -jo em vull estar a casa, li dic- si pots estar aquí a casa, ja buscarem una persona, però ara, jo no m'estaré tot el dia a casa perquè jo crec que ningú ha de sacrificar la vida per ningú...els diners s'han de gastar amb el que té el problema. (Àrea de Serveis Socials Comarca de Les Garrigues).

Els canvis en la organització del treball en el món rural s'apunten com a condicionants de les formes d'organització social quotidiana de les famílies actuals, caracteritzades per una *rigidesa (horària i estructural)* comparant-ho amb èpoques anteriors, en que *el treball al camp permetia flexibilitat de temps* que facilitava conciliar cures i treball:

La societat tendeix, jo dins de casa meva, tinc aquestes necessitats, i ja m'apanyo i em busco la vida i si hi ha un Estat uns Serveis Socials que dona aquests serveis, per què me n'he d'ocupar jo d'aquests serveis? abans la gent i les feines no eren tant rígides, aquestes rigideses de vida fora de casa ens porta a que no puc demanar una hora de festa per anar al metge, però la societat no ho facilita. (Coordinadora Àrea de Serveis Socials Alta Ribagorça)

Les administracions públiques mostren certa resistència o *una crida a les famílies* per a que assumeixin "el que elles han d'assumir", els seus deures com a principals agents de cura, i per altra, es recrimina el fet que *deleguin* les seves responsabilitats a l'administració.

Hi ha una certa...delegació de responsabilitats personals en l'administració, no aquell de...sinó en delegar, els pares, les mares tenen o tenim dificultats per a educar els fills, esto, la administració, la escuela lo tiene que solucionar, és una certa delegació, d'aquest paper de responsabilitat individual que cadascú tenim en la presa de decisions

de la nostra vida, no puc pagar la llum, doncs tu me la pagas, aquí hi ha una certa delegació.(Cap Serveis Socials. Ajuntament de Lleida)

Les figures gestores de cures (GD3) plantegen un debat, que al fons fa referència a la conciliació familiar i a la corresponsabilitat en les cures, sobre la llibertat de les famílies a l'hora de delegar les tasques de cures a institucions o altres persones. Al mateix temps, de nou deleguen la responsabilitat a les pròpies famílies.

-Però parlo respecte al que ella [ASPID] deia d'un diumenge a la tarda. Altra qüestió és la situació d'una persona que se l'ha d'atendre, la persona ha de treballar, no es pot fer càrrec d'ella, Bueno, aquí hi ha un altre tipus de problema. I no sempre es pot cobrir bé. (Treballador social CITE CCOO)

-I no sempre s'ha de delegar, entenc jo, en les administracions... (treballadora Ajuntament de Lleida)

-Però es que la família se n'està desentenent bastant, eh. (Coordinador Serveis Socials C.C la Noguera)

-Aquí vaig jo, aquí. (Treballadora de Ajuntament Lleida)

-Per això dissabte la família pot anar al cine. (Coordinador Serveis Socials C.C la Noguera)

-El tema, eh, em preocupa moltíssim. És quan les famílies t'exigeixen: "és que té dependència, és que no m'ajuden...". "No, perdoni, és que l'administració no pot assumir totes les dificultats de tothom, tota la vida...". Vull dir, lo mateix passaria amb els nens petits, no? Els poses a l'escola, en activitats per muntar-te la vida, però lo que és una realitat és que l'administració no pot assumir totes les necessitats de la gent gran, i cada vegada, com deia ella [ASPID], n'hi ha més, i l'esperança de vida és brutal. Nosaltres tenim quantitat de casos de gent molt, molt gran. (Treballadora Ajuntament de Lleida)

-Però el missatge, dic, sí que és que l'administració es farà càrrec d'aquesta gent. I llavors per això la gent s'ho agafa com un dret, quan el primer dret és dels fills als pares. (Coordinador Serveis Socials C.C la Noguera)

-Exacte. (Treballadora Ajuntament de Lleida)

-Dels fills als pares. (Coordinador Serveis Socials C.C la Noguera)

b) La organització social de la cura és un problema col·lectiu, necessària corresponsabilitat entre l'Estat, la Família i la Comunitat

Per altra banda, hi ha altres posicionaments que sí que reconeixen el paper que hauria d'assumir l'Administració pública com a corresponsable. Des del Consell Comarcal del Pla d'Urgell, de l'Ajuntament de Lleida i el Consell Comarcal de la Noguera i la Segarra s'al·ludeix a la necessitat de compartir socialment la responsabilitat de les cures. Des

de l'Ajuntament de Lleida s'expressa que "la solució no està en l'àmbit privat, sinó en el públic" (Cap de Serveis Socials Ajuntament de Lleida). S'associa el problema de la organització social de la cura amb una *dimensió econòmica* o problema de "manca de finançament" de les administracions, no obstant, hi ha qui s'atreveix a plantejar que el tema econòmic amaga un tema ideològic o de model social, fet que apunta a la *dimensió ideològica*. Els discursos, elaboren *un gir* on sorgeix un cert desplaçament del problema a la *comunitat*.

Que és un problema de tots, jo sí que penso que l'és un problema de tots perquè en el fons si tens algú que s'ha de cuidar a casa, sigui gran o no, sí que hauríem de tenir part de responsabilitat l'administració, el que passa és que l'administració fins ara tampoc ho facilita, tampoc ho facilita, i no ho facilita perquè penso que és un problema econòmic bàsicament, perquè tot el que és l'atenció a les persones grans i a la discapacitat vol dir una despesa important o molt important, les atencions són cares i valen uns diners, i el que no podem fer és que qui vagi a cuidar no estigui ben pagat. Els demanem molta responsabilitat, sense moltes vegades tenir formació, que els cuidadors familiars molts no saben què vol dir fer una mobilització, que ho fan amb molt bona voluntat però ...xarxa o tercer sector, no ho sé, no ho sé el que si que veig és que és un problema econòmic, no tant de voluntat, sinó de cost. Si fem formació als cuidadors no professionals però mentrestant, qui cuida a les persones mentrestant? El voluntariat tampoc no pot fer determinades coses, tenim un problema. (Àrea Serveis Socials Comarca Pla d'Urgell)

Penso que darrere de tot això hi ha un model ideològic, no és només un tema econòmic, és un tema ideològic que té a veure amb un model sociocultural en el que encara estem i que molts dels nostres governants hi ha aquest missatge, emmascarat amb dificultats econòmiques. Ho sento però hi ha un tema ideològic: mujeres en casa, mujeres a cuidar, ¿Que sale más barato al Estado? Sí, pero, mujeres a cuidar. El model feminista és una cosa aún por allí oculta i amb el discurs d'igualtat ja, però les polítiques són fets i quan tu no fiques mitjans per a exercir drets, per donar opció a una elecció lliure, una elecció lliure és aquella que tu saps que pots garantir tot allò que fa falta, tirant cap aquí o tirant cap allà." (Cap de Serveis Socials, Ajuntament de Lleida)

En la organització social de la cura, crec que hi ha una part comunitària, eh, crec que si juguem en un EdB hi ha d'haver una part d'administració, i hi ha una part que comunitàriament s'ha de cobrir i hi ha una part que la família "s'ha de menjar", només faltaria. (Coordinador Serveis Socials Consell Comarcal La Noguera)

També s'apunta al fet que la cura de les persones grans no és un tema només de Serveis Socials o vinculat a la *dependència*, sinó que depèn de línies generals de govern, és a dir, de polítiques socials, i que cal una relació corresponsable entre famílies i govern.

La cura de les persones grans, com la cura dels infants, són línies de govern molt importants. No depenen només d'un departament, depenen d'una organització més complexa que això. Crec que res és individual i res és col·lectiu (...) la persona hi ha de posar de la seva part, la persona s'ha de promocionar, s'ha de capacitar, ha de fer algo, un cop fet això, també el govern ho ha de fer, és una corresponsabilitat, és una corresponsabilitat i això és amb tot. Tu no pots deixar la teva part i pensar que el govern ho ha de fer. Si penses que el govern t'ho ha de fer, el govern no t'ho farà. I si tu penses que tot ho has de fer tu, tampoc hi arribes, hi ha d'haver una corresponsabilitat. (Coordinadora Serveis Socials Consell Comarcal La Segarra)

7.1.1.2 La responsabilitat de la cura, un debat pendent

En el **grup de discussió (GD3)** s'introdueix el tema de la *responsabilitat de la cura* de les persones en situació de dependència. Hi participen figures representants gestores de cures (administració pública -Consells comarcals i Ajuntament de Lleida-, empresa privada d'atenció domiciliària, entitats socials i un sindicat (CITE,CCOO).

Taula 7.1.1 Concepcions ideològiques entorn la responsabilitat de la cura

Blocs ideològics	Concepció sobre qui és responsable de la cura	Visió dels canvis socials entorn les cures	Tipus de problema, tensions o conflictes	Concepció ideològica-moral
Fracció conservadora-tradicional (representants d'institucions comarcals i municipal)	La responsabilitat és de la família, dels fills. L'Estat no pot tenir la responsabilitat de la cura.	Hi ha famílies que es desenten de les cures. El missatge polític de que l'Administració es farà càrrec de les cures s'interpreta per les famílies com a dret, quan el dret és cuidar de fills/es a pares. La responsabilitat és de la família, però a vegades no l'assumeix, i exigeix a l'Estat més responsabilitats de les que té.	Les famílies no assumeixen la seva responsabilitat. Alts costos del SAD en zones rurals deguts a l'alta dispersió territorial i a la manca de persones formades professionalment. Problema de "delegar les cures per part de les famílies en l'Estat"	L'Estat no pot tenir la responsabilitat de la cura. No sempre s'ha de delegar a les administracions. L'Administració pública no pot assumir totes les dificultats de tothom.
Fracció moderada (Representants d'administracions locals comarcals i empresa privada)	La responsabilitat és de la família, però l'Estat hi ha d'ajudar .	Els fills no poden deixar de treballar per cuidar els pares. Hi ha d'haver un "encaix" en el paper de l'administració pública, tot i que no siguin els màxims responsables.	Conciliació laboral i cures per part dels fills "cada vegada menys els fills deixen de treballar per cuidar". Manca de voluntat social i política davant l'envelliment: "la societat no està preparada per assumir el volum de gent gran que hi ha"	

<p>Fracció progressista (Entitat social privada i sindicat)</p>	<p>La responsabilitat de la cura ha de ser compartida entre Família, Estat i Mercat.</p>	<p>De la gratuïtat de les cures a la cura externalitzada: “la gent no està disposada a pagar el que val la cura”.</p>	<p>Visió crítico-sistèmica “El sistema no funciona” Patriarcalisme Feble cobertura LAPAD No es cobreixen les necessitats de cura reals.</p>	
--	--	---	---	--

Font: Elaboració pròpia

El debat sobre la responsabilitat de la cura es configura i crea “per sí sol” dins del fluir discursiu del grup format per agents socials públics i privats gestors de cures (no sanitaris) que intervenen i treballen directament en relació a la cobertura de necessitats de cura a les persones grans.

Les anteriors posicions ideològiques s’han establert depenent del grau de rigidesa o comprensió dels canvis que viuen actualment les llars familiars i entorn el grau d’importància i subsidiarietat de l’Estat com a corresponsable de les cures.

La fracció anomenada *conservadora-tradicional* efectua una crítica o demanda a les famílies recriminant la no assumptió plena de les seves responsabilitats en la cura: Les persones representants de les administracions públiques i empreses privades interpel·len i assenyalen les famílies com a principals responsables de la cura: “la responsabilitat, jo entenc, que és de la família” (E7 Administració pública local); “Dels fills” (Treballadora familiar autònoma); “No, l’Estat no pot tenir la responsabilitat de la cura, impossible” (GD3.Empresa privada).

El tema, eh, em preocupa moltíssim, és quan les famílies t’exigeixen: “és que té dependència. És que no m’ajuden”. “No, perdoni, és que l’administració no pot assumir totes les dificultats de tothom, tota la vida...”. Vull dir, lo mateix passaria amb els nens petits, no? Els poses a l’escola, en activitats per muntar-te la vida, però lo que és una realitat és que l’administració no pot assumir totes les necessitats de la gent gran.(GD3.Dona, administració pública municipal)

Però el missatge, dic, sí que és que l’administració es farà càrrec d’aquesta gent. I llavors per això la gent s’ho agafa com un dret, quan el primer dret és dels fills als pares. (GD3. Home, administració pública comarcal)

Una altra fracció, anomenada *moderada*, es posiciona també afirmant que l’Administració no és la responsable de la cura, sinó la família, i en tot cas, el paper de l’Estat és el d’ajudar “La responsabilitat és de la família, però l’Estat hi ha d’ajudar, perquè els fills no poden

deixar de treballar per cuidar els pares “, admetent els canvis socials i econòmics pels quals les famílies no poden abandonar les seves obligacions econòmiques ni deixar de treballar per cuidar els seus familiars, i reconeixent, les febleses institucionals o les pràctiques polítiques actuals contradictòries en relació als serveis públics d’atenció a la dependència:

Jo no dic que sigui responsabilitat de l’administració, però, evidentment, llavors un fill deixa de treballar, val, per fer cura del seu pare, però té els fills, vull dir que l’estructura que es necessita per viure a nivell normal, eh, no cal ser..., és com molt difícil poder-ho compaginar de cuidar un avi, treballar, cuidar els fills. Llavors una mica l’encaix hauria de ser..., evidentment l’administració no s’ha de fer càrrec, no són els màxims responsables de la persona gran, però sí que es veritat que hi ha d’haver una mica un principi d’equitat, i no pot ser que es vengui que té places de residència i estiguin dos anys per entrar-hi, una de dues, o no ho dius o bé els poses. I si estem potenciant el SAD, que és el que l’Administració pública potencia com a servei de futur, perquè la gent no vol marxar a les residències i volen estar el màxim de temps possible a casa, hem de tenir recursos al territori.(GD3.Dona, administració pública comarcal)

En tercer lloc, la fracció que hem batejat com a *progressista* té un discurs crític entorn el funcionament actual del sistema social, polític i econòmic i advoca per una responsabilitat compartida entre Família, Estat i altres agents com el mercat, tot i que reconeix que les relacions mercantils pateixen alts graus d’informalitat, depreciació i males condicions laborals en aquest sector. Les persones representants d’aquest discurs són una entitat social privada lleidatana i una persona membre del sindicat de Lleida: “La cura entenc que ha de ser compartida” (GD3. Dona Entitat social privada) ; “La persona important és la persona que necessita cura. Llavors, allí intervenen els familiars, intervé l’administració, intervé el mercat, intervé varis factors. Lògicament, ningú ha de tenir un pes més important que l’altre, perquè han d’intervenir tots en les situacions que convingui, no?” (GD3. Dona Entitat social privada);“està claríssim, el sistema no funciona” (GD3. Home, treballador sindicat).

En aquest únic discurs sorgeix l’atribució de la problemàtica actual de les cures vinculada al gènere i al fet que vivim en una societat patriarcal:

L’envelliment de la població va en augment i la solució no passa per les cures informals a través de persones immigrades (...) no s’afavoreix la continuïtat laboral, i tot perquè estem en un sistema patriarcal.(GD3. Dona. Entitat social privada).

Al que es respon :

Aquesta feina ha estat gratis durant tota la vida i llavors, clar, que hagi de pagar 15 €/h..(GD3. Dona, Empresa privada).

7.1.2 L'ESPAI DE LA LLAR: La veu de les famílies que cuiden

Una segona aproximació a la qüestió prové de les dades de les entrevistes a partir de qüestionaris a les llars familiars, o el posicionament de les famílies.

a) Problematització de la cura per part de les llars familiars

La percepció majoritària a partir de les noranta-dues llars estudiades és que la cura de les persones en situació de dependència *constitueix un problema*. Les dades de les llars, corresponen a les respostes de l'agent principal proveïdor de cures o figura de la cuidadora informal.

Taula 7.1.2 Creus que la cura de les persones en situació de dependència és un problema?

		Freqüència	Percentatge	Percentatge vàlid	Percentatge acumulat
Vàlid	Sí	78	84,8	85,7	85,7
	No	11	12,0	12,1	97,8
	No ho sé	2	2,2	2,2	100,0
	Total	91	98,9	100,0	
Perduts	Sistema	1	1,1		
Total		92	100,0		

Font: Elaboració pròpia

De les llars familiars que sí que consideren problemàtica la cura, i davant la qüestió de si aquesta és percebuda com a *problema social o col·lectiu o individual, o a mitges* (tant social com individual), **set de cada deu llars consideren que es tracta d'un problema d'ordre social.**

Taula 7.1.3 Si és un problema, aquest és de caire social o individual

		Freqüència	Percentatge	Percentatge vàlid	Percentatge acumulat
Vàlid	és un problema social	64	69,6	83,1	83,1

	és un problema individual	8	8,7	10,4	93,5
	A mitges, tant social com individual	5	5,4	6,5	100,0
	Total	77	83,7	100,0	
Perduts	Sistema	15	16,3		
Total		92	100,0		

Font: Elaboració pròpia

b) L'Estat hauria d'assumir corresponsabilitat en la cura de les persones grans

A continuació, es pregunta en quina mesura creuen que la cura és responsabilitat estatal o pública, reinterant-se els resultats. Majoritàriament s'afirma que *l'Estat* (o administracions públiques) haurien d'assumir corresponsabilitat en les cures de les persones grans amb limitacions en la seva autonomia o amb discapacitat.

Taula 7.1.4 Creus que la cura de les persones grans dependents o amb discapacitat és una responsabilitat estatal

		Freqüència	Percentatge	Percentatge vàlid	Percentatge acumulat
Vàlid	Sí	79	85,9	90,8	90,8
	No	5	5,4	5,7	96,6
	Ni sí ni no, és relatiu, en part	3	3,3	3,4	100,0
	Total	87	94,6	100,0	
Perduts	Sistema	5	5,4		
Total		92	100,0		

Font: Elaboració pròpia

Arribats a aquest punt, es demana a les llars familiars que prioritzin o assenyalin quin tipus d'agents haurien de donar una resposta a les cures, i situen *la família* en primer lloc. *L'atenció socio sanitària* hauria d'estar en segon lloc. Així i tot, la meitat de les llars

entrevistades consideren que els *Serveis Socials* haurien d'exercir com a agents prioritaris en primer i segon lloc. En menor mesura es considera que la resposta a la cura ha de dependre de la comunitat, o entitats del tercer sector, voluntariat o veïns i amistats. Un 25% de les llars escullen però, l'opció "altres agents", els quals, un cop categoritzats al·ludeixen al *paper de l'administració pública* en general, sota termes diferents:

1. Ús del mot '**Estat**': "ajudes estatals", "l'Estat ha de posar la seva part", "L'Estat se n'hauria de fer càrrec", "L'Estat" , "és una responsabilitat familiar que hauria de tenir el suport de l'Estat".
2. Ús del mot '**Administració**': "l'Administració", "l'Administració, tots inclosos".
3. Ús del mot '**govern municipal**': "l'Ajuntament", "els ajuntaments de cada poble".
4. Ús de mot '**govern**': "el govern amb noves lleis", "la gent del govern que té diners".
5. Respostes que fan una crida a la **coordinació de totes les institucions** i al·lusió a una responsabilitat conjunta: "en conjunt entre tots", "entre tots fer la feina", "unir-se entitats per la millora de la qualitat de vida", "la seguretat social i més organismes", "totes les institucions coordinades", "una mica de tots, falta un respir, un descans".
6. Altres respostes: "cuidadors familiars", "una persona que t'ajudi", "un lloc d'orientació que et pugui informar", "economia", "més atenció especialitzada que ajudés en l'estimulació", "xarxa de dones que ens ajudem entre si".

Taula 7.1.5 Prioritza quins agents haurien de donar suport a les llars en casos de dependència: La família

		Freqüència	Percentatge	Percentatge vàlid	Percentatge acumulat
Vàlid	En primer lloc	37	40,2	90,2	90,2
	En segon lloc	2	2,2	4,9	95,1
	En tercer lloc	2	2,2	4,9	100,0
	Total	41	44,6	100,0	
Perduts	Sistema	51	55,4		
Total		92	100,0		

Font: Elaboració pròpia

Taula 7.1.6 Prioritza quins agents haurien de donar suport a les llars: L'atenció socio sanitària (CAP, PADES)

		Freqüència	Percentatge	Percentatge vàlid	Percentatge acumulat
Vàlid	En primer lloc	13	14,1	30,2	30,2
	En segon lloc	25	27,2	58,1	88,4
	En tercer lloc	5	5,4	11,6	100,0
	Total	43	46,7	100,0	
Perduts	Sistema	49	53,3		
Total		92	100,0		

Font: Elaboració pròpia

Taula 7.1.7 Prioritza quins agents haurien de donar suport a les llars: Els serveis socials (base i especialitzats)

		Freqüència	Percentatge	Percentatge vàlid	Percentatge acumulat
Vàlid	En primer lloc	22	23,9	39,3	39,3
	En segon lloc	20	21,7	35,7	75,0
	En tercer lloc	14	15,2	25,0	100,0
	Total	56	60,9	100,0	
Perduts	Sistema	36	39,1		
Total		92	100,0		

Font: Elaboració pròpia

Taula 7.1.8 Prioritza agents suport a les llars: altres organismes privats o entitats tercer sector

		Freqüència	Percentatge	Percentatge vàlid	Percentatge acumulat
Vàlid	En segon lloc	2	2,2	66,7	66,7
	En tercer lloc	1	1,1	33,3	100,0
	Total	3	3,3	100,0	

Perduts	Sistema	89	96,7		
Total		92	100,0		

Font: Elaboració pròpia

Taula 7.1.9 Voluntariat

		Freqüència	Percentatge	Percentatge vàlid	Percentatge acumulat
Vàlid	En segon lloc	1	1,1	33,3	33,3
	En tercer lloc	2	2,2	66,7	100,0
	Total	3	3,3	100,0	
Perduts	Sistema	89	96,7		
Total		92	100,0		

Font: Elaboració pròpia

Taula 7.1.10 Xarxes informals (amics, veïns)

		Freqüència	Percentatge	Percentatge vàlid	Percentatge acumulat
Vàlid	En primer lloc	1	1,1	25,0	25,0
	En segon lloc	2	2,2	50,0	75,0
	En tercer lloc	1	1,1	25,0	100,0
	Total	4	4,3	100,0	
Perduts	Sistema	88	95,7		
Total		92	100,0		

Font: Elaboració pròpia

c) Crisi de cures i descens de la corresponsabilitat familiar en relació a la cura

Valoració del grau d'implicació familiar en la cura

En gairebé la meitat de les llars (46,7%) es valora com a “excel·lent” el grau d'implicació per part de la resta de membres de la família en la cura i una quarta part

la considera “molt bona, notable o bastant bona”. Així i tot **una quarta part de les llars manifesten que les famílies o s’impliquen a mitges o poc**, considerant un baix grau d’implicació.

Taula 7.1.11 Grau implicació familiar pel que fa a la cura de la persona dependent, perspectiva cuidadora

		Freqüència	Percentatge	Percentatge vàlid	Percentatge acumulat
Vàlid	Gens implicació	2	2,2	2,2	2,2
	Molt poca implicació	6	6,5	6,7	8,9
	Una mica implicació	3	3,3	3,3	12,2
	a mitges	11	12,0	12,2	24,4
	una mica implicació	4	4,3	4,4	28,9
	Bastant implicació	4	4,3	4,4	33,3
	Notable implicació	10	10,9	11,1	44,4
	Molt bona implicació	8	8,7	8,9	53,3
	Excel·lent implicació	42	45,7	46,7	100,0
	Total	90	97,8	100,0	
Perduts	Sistema	2	2,2		
Total		92	100,0		

Font: Elaboració pròpia

Corresponsabilitat familiar en la cura

En una escala de l’1 al 10 on l’1 significa “gens” i el 10 “excel·lent, **en quatre de cada deu llars (41,7%) la corresponsabilitat familiar en les cures es considera mitja, baixa o nul·la**. Només un 28% manifesta que és excel·lent el grau de participació i col·laboració en les tasques de cura, tot i que un 21,4% també la qualifica de molt bona. Es podria dir que la meitat de les llars col·laboren i l’altra meitat no. (Veure taula 7.1.12)

Taula 7.1.12 Grau corresponsabilitat familiar

		Freqüència	Percentatge	Percentatge vàlid	Percentatge acumulat
Vàlid	1	14	15,2	16,7	16,7
	2	4	4,3	4,8	21,4
	3	9	9,8	10,7	32,1
	4	3	3,3	3,6	35,7
	5	5	5,4	6,0	41,7
	6	5	5,4	6,0	47,6
	7	2	2,2	2,4	50,0
	8	12	13,0	14,3	64,3
	9	6	6,5	7,1	71,4
	10	24	26,1	28,6	100,0
	Total	84	91,3	100,0	
Perduts	Sistema	8	8,7		
Total		92	100,0		

Font: Elaboració pròpia

7.2 LES LLARS FAMILIARS RURALS ACTUALS

El segon objectiu general (OG2) pretén **dur a terme una tipologia de les llars familiars on hi viuen persones en situació de dependència en relació als canvis sociodemogràfics de les llars lleidatanes i extrapolar tendències actuals relacionades amb les estratègies familiars de cura.**

Els objectius específics derivats d'aquest objectiu general són:

OE2.1 Proposar una tipologia de les llars familiars rurals lleidatanes amb persones en situació de dependència a través d'una anàlisi qualitativa

OE2.2 Identificar necessitats emergents a les llars familiars condicionants en l'envelliment rural

OE2.3 Analitzar les dades estadístiques sociodemogràfiques de les llars incloses en l'estudi.



miro

7.2.1 L'ESPAI DE LES LLARS: TIPOLOGIA DE LES LLARS RURALS LLEIDATANES RESPONSABLES DE LA CURA

Resultats entrevistes a llars familiars

L'estudi que es presenta correspon a una mostra de noranta-dos llars familiars localitzades en set de les comarques lleidatanes, de les quals 19 se situen a la zona d'Alt Pirineu i Aran, i 73 a la Plana de Lleida.

3. Temporalització

Les enquestes es van dur a terme entre el dia 30 d'agost de 2016 i el 22 de febrer de 2018.

Taula 7.2.1 Nombre d'entrevistes

Any	Nombre d'enquestes
2016	18
2017	68
2018	6

Font: Elaboració pròpia

4. Espai de realització

Taula 7.2.2 Comarques lleidatanes realització estudi llars familiars

	Freqüència	Percentatge
Noguera	33	35,9
Pallars Jussà	5	5,4
Pallars Sobirà	7	7,6
Pla d'Urgell	23	25,0
Segrià	6	6,5
Solsonès	11	12,0
Val d'Aran	7	7,6
Total	92	100,0

Font: Elaboració pròpia

En primer lloc, els resultats presenten un perfil de les **persones receptores de cures** a les comarques rurals lleidatanes.

Aquesta primera part del qüestionari s'estructura en les següents dimensions:

- 1) Dades sociodemogràfiques de la persona receptora de cures
- 2) Convivència i situació familiar
- 3) Cura a casa de la persona dependent
- 4) Nivell de dependència i necessitat d'ajuda

En segon lloc, es descriu la situació de **la persona que proporciona de forma principal les cures**.

Aquesta segona part de l'entrevista s'estructura en:

- 1) Dades sociodemogràfiques relatives a la persona cuidadora

- 2) Cura de la persona dependent a casa
- 3) Nivell d'ingressos de la llar de la persona cuidadora
- 4) Vivència de la persona cuidadora i sobrecàrrega
- 5) Mobilitat residencial
- 6) La cura com a problema social
- 7) Equitat i igualtat de gènere
- 8) Corresponsabilitat en el repartiment de feines.

7.2.1.1 LA PERSONA GRAN RECEPTORA DE CURES

1. Dades sociodemogràfiques corresponents a la persona receptora de cures

1.1 Sexe de la persona receptora de cures.

El sexe majoritari de la persona en situació de dependència correspon a dones, amb més de sis dones de cada deu llars entrevistades.

Taula 7.2.3 Sexe persona en situació dependència

		Freqüència	Percentatge
Vàlid	Home	32	34,8
	Dona	60	65,2
	Total	92	100,0

Font: Elaboració pròpia

1.2 Edat de les persones receptores de cures.

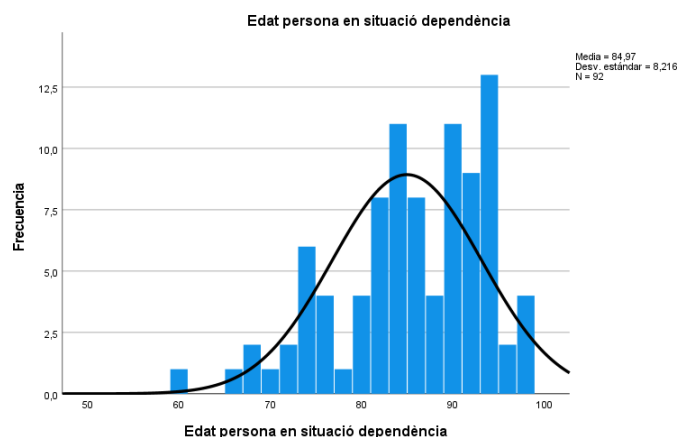
L'edat mitjana de les persones receptores de cures fou de 85. La moda o edat que més es repeteix són 93 anys, amb una desviació estàndard de vuit anys.

Taula 7.2.4 Edat de les persones grans que requereixen de cures

Edat (anys)	Quantitat	Percentatge (%)
60-64	1	1,1
65-69	4	4,3
70-74	8	8,7
75-79	6	6,6
80-84	22	24
85-89	18	19,6
90-94	27	29,3
95-99	6	6,6
Total	92	100

Font: Elaboració pròpia

Gràfic 7.2.0 Edat de la persona gran receptora de cures



Font: Elaboració pròpia

1.3 Estat civil de les persones receptores de cures.

Quasi la meitat de les persones en situació de dependència eren vídues en el moment de l'enquesta i en segon lloc, quatre de cada deu, estaven casades.

Taula 7.2.5 Estat civil persona dependent

	Freqüència	Percentatge
Solter/a	7	7,6
Casat/da	40	43,5
Vidu/a	44	47,8
Separat/da	1	1,1
Total	92	100,0

Font: Elaboració pròpia

1.4 Lloc de naixement

Les persones receptores de cura entrevistades van néixer majoritàriament (73,9% dels casos) en nuclis rurals pertanyents a la demarcació de Lleida. Un 2,2% eren nascudes fora de la demarcació de Lleida. El 22,8% eren nascudes fora de Catalunya, amb un predomini de la Comunitat d'Andalusia, Extremadura, Aragó i altres.

1.5 Lloc de residència

Les entrevistes han estat realitzades majoritàriament a pobles petits, eminentment rurals: el 27% a pobles de menys de 499 habitants; el 40% de 500-1.999 habitants; el 38% de 2.000-9.999 habitants; el 12% de 10.000-19.999 habitants i el 6,5% de nuclis

de més de 20.000 o més habitants. (Veure a annexos el lloc de residència on pertanyen les llars familiars de la mostra)

1.6 Ocupació principal durant la vida de la persona receptora de cures

Les persones receptores de cures durant la seva vida laboral treballaren, en primer lloc, en un (32%), *en activitats econòmiques dins el sector primari*, l'agricultura i ramaderia, cotitzant en la seva majoria en el règim d'autònoms i en molts casos compatibilitzant la feina de pagès amb altres. En segon lloc, (27%) han treballat en el *sector terciari o serveis* com a botiguers o botigueres o comerciants, hotelers i hoteleres, confecció i també majoritàriament cotitzant en el règim d'autònoms. Dins d'aquest sector serveis, però, hi ha alguns casos com el treball domèstic i la neteja sense cotització. En tercer lloc, una part important de les persones entrevistades (20%) han treballat com a mestresses de casa, combinant aquesta seva feina amb la pagesia, la confecció i el treball domèstic a càrrec d'altri.

Finalment, una minoria (14%) treballava en *industries manufactureres*, alimentàries, en la construcció, en el transport i en activitats professionals com a tècnics electricistes i mecànics.

1.7 Nivell educatiu de les persones receptores de cures

El nivell acadèmic majoritari de les persones grans participants en l'estudi era el d'estudis primaris acabats (48,9%), i en segon lloc els estudis primaris no acabats (21,7%). Després, persones que saben llegir i escriure però no van estar escolaritzades massa temps (12%).

Taula 7.2.6 Nivell educatiu

	Freqüència	Percentatge
Sense estudis i no sap llegir ni escriure	6	6,5
Sense estudis però sap llegir i escriure	11	12,0
Estudis primaris no acabats	20	21,7
Estudis primaris acabats	45	48,9
Graduat escolar o batxiller elemental	4	4,3

Batxiller superior/FP/Cicles formatius	1	1,1
Titulació mitjana, diplomatura o tècnic	3	3,3
Titulació superior o Llicenciatura-grau	2	2,2
Total	92	100,0

Font: Elaboració pròpia

2. Convivència i situació familiar de la persona receptora de cures

2.1 Lloc on viu la persona gran receptora de cures

Set de cada deu persones residien a casa seva en el moment de l'entrevista, o bé, en menys casos, vivien de forma permanent a casa d'un/a fill/a.

Taula 7.2.7 Convivència i situació familiar: on viu

	Freqüència	Percentatge
Visc a casa meva	67	72,8
visc permanentment a casa d'un/a fill/a	18	19,6
Visc uns mesos a casa meva, altres casa fills/es	1	1,1
Visc a casa, però assisteixo Centre dia	2	2,2
Visc a casa fills/es i assisteixo Centre dia	1	1,1
Altres situacions	3	3,3
Total	92	100,0

Font: Elaboració pròpia

2.2 *Amb qui conviu la persona gran receptora de cures la persona receptora de cures.* La persona gran en situació de dependència convivia majoritàriament amb un/a fill/a, i en segon lloc, amb la seva parella o cònjuge.

Taula 7.2.8 Amb qui viu habitualment la persona gran

	Freqüència	Percentatge
Sol/a	8	8,7
Amb el seu cònjuge o parella	30	32,6
Amb el seu cònjuge i fills/es sense altres membres	6	6,5
Amb un/a fill/a	36	39,1
Amb altres familiars	6	6,5
Amb una treballadora llar interna	1	1,1
Altres situacions	5	5,4
Total	92	100,0

Font: Elaboració pròpia

2.3 Nombre total de persones que habiten la llar familiar de la persona receptora de cures.

Les llars familiars on viu la persona gran en situació de dependència de la mostra estan formades en un 41,2% per dues persones, en un 27,2% per tres, i en tercer lloc, en llars unipersonals (10,9%) i formades per quatre membres (10,9%). Cal mencionar, que s'ha dut a terme una entrevista en una llar o comunitat on hi residien religiosos grans, on s'ha entrevistat a un capellà receptor de cures (el nombre total de persones era de 18 persones grans a la llar familiar).

Taula 7.2.9 Quantes persones conviuen amb persona dependent (amb aquesta inclosa)

	Freqüència	Percentatge
1	10	10,9
2	38	41,2
3	25	27,2
4	10	10,9
5	3	3,3
6	4	4,3
7	1	1,1
18	1	1,1
Total	92	100,0

Font: Elaboració pròpia

2.4 Del total de persones grans entrevistades el 89,1% ha tingut fills o filles al llarg de la seva vida, i el 10,9% no n'ha tingut. El nombre mitjà de fills i filles és de 2,48 per persona gran receptora de cures.

2.5 El 7,6% de les llars familiars cuiden a dues persones en situació de dependència alhora.

3. Cura a casa de la persona en situació de dependència.

3.1 Persona responsable de la cura

Les persones receptores de cures afirmen que la pròpia família exerceix de principal responsable de la cura. La figura del/la cònjuge (35,9%) i la de la filla (34,8%) assumeixen la responsabilitat de la cura de la persona gran en situació de dependència. En menor mesura ho fan els fills (mascles) i altres familiars (9,8%). Només en quatre casos aquesta responsabilitat corre a càrrec de membres no familiars o personal extern.

Taula 7.2.10 Cura a casa de la persona dependent: responsable de la cura

		Freqüència	Percentatge	Percentatge vàlid	Percentatge acumulat
Vàlid	Jo mateix/a (pers situació dependència)	3	3,3	3,3	3,3
	El/la cònjuge	33	35,9	36,3	39,6
	Filla	32	34,8	35,2	74,7
	Fill	9	9,8	9,9	84,6
	El net o la neta	1	1,1	1,1	85,7
	Altres familiars	9	9,8	9,9	95,6
	Altres persones no familiars	1	1,1	1,1	96,7
	Personal extern	3	3,3	3,3	100,0
	Total	91	98,9	100,0	
Perduts	Sistema	1	1,1		
Total		92	100,0		

Font: Elaboració pròpia

3.2 Persones externes a la llar com a suport de les famílies

Tot i que la família afirma ser qui es fa responsable de la cura, el 40% de les llars disposen del suport de persones externes, les quals duen a terme: cures i treball

domèstic, serveis de fisioteràpia a la llar, ajuda per a aixecar-la, vestir-la i posar-la al llit, acompanyament i altres. Ho fan en intervals de temps que van des de dues hores diàries fins a cures permanents proporcionades per treballadores internes que viuen amb la persona gran a temps complet.

En relació a les condicions laborals en que es troba la persona externa que treballa a la llar, de les persones que han respost a aquesta qüestió, en el 65,8% dels casos, la persona no està contractada. En un 21% sí que ho està, a càrrec de les famílies i en altres casos la contractació és duta a terme a través d'empreses de serveis d'atenció domiciliària. I menys freqüentment, la persona que treballa cotitza en règim d'Autònoms/es.

Taula 7.2.11 Condicions laborals persona externa

		Freqüència	Percentatge	Percentatge vàlid	Percentatge acumulat
Vàlid	Amb contracte laboral fet per nosaltres	8	8,7	21,1	21,1
	A través d'una empresa de serveis a domicili que la contracta	3	3,3	7,9	28,9
	És algú conegut i no l'hem contractat	25	27,2	65,8	94,7
	És una treballadora autònoma	2	2,2	5,3	100,0
	Total	38	41,3	100,0	
Perduts	Sistema	54	58,7		
Total		92	100,0		

Font: Elaboració pròpia

El *cost econòmic mensual mitjà* per llar familiar dels serveis externs de cura i domèstics, **tenint en compte, que aquestes famílies gaudeixen d'una persona cuidadora familiar que exerceix treball domèstic i de cura sense remuneració (gratuït)**, i sense comptar serveis de fisioteràpia o serveis d'acompanyament, és de 491€ mensuals.

Taula 7.2.12 Cost mensual serveis externs de cura i domèstics

Cost mensual	Nombre de casos	Percentatge
0-99 €	4	13,3
100-499 €	15	50,0
500-999 €	6	20,0
1.000-1.500 €	5	16,7
Total respostes	30	100,0

Font: Elaboració pròpia

3.3 Desig o opcions en relació a la cura expressades per la persona receptora de cures

Les persones receptores de cures entrevistades expressen com a desig o millor opció per a la seva cura seria “seguir igual com fins ara” i en alguns casos desitjarien rebre més atenció especialitzada, i serveis d’ajuda a domicili o acudir a un centre de dia.

Taula 7.2.13 Desig o opció en relació a la cura o companyia (persona dependent)

		Freqüència	Percentatge
Vàlid	No pot respondre	5	5,3
	Seguir igual com fins ara	75	81,5
	Rebre més atenció especialitzada	4	4,3
	Ajuda a domicili (SAD)	1	1,1
	Viure a casa i acudir a un centre de dia	2	2,2
	Total	87	94,6
	Perduts	Sistema	5
Total		92	100,0

Font: Elaboració pròpia

3.4 Grau de satisfacció de la persona receptora de cures

Referent al grau de satisfacció en relació a la forma, lloc i persona que la cuida expressat d’1 (Gens satisfet) fins a 10 (molt satisfet). Majoritàriament la persona receptora de cures se sent “molt satisfeta” , o el que és el mateix, set de cada deu persones grans així ho expressen.

Taula 7.2.14 Grau de satisfacció de la persona cuidada

		Freqüència	Percentatge	Percentatge vàlid
Vàlid	3	1	1,1	1,2
	4	1	1,1	1,2
	5	5	5,4	6,0
	7	1	1,1	1,2
	8	4	4,3	4,8
	9	10	10,9	12,0
	10	61	66,3	73,5
	Total	83	90,2	100,0
Perduts	Sistema	9	9,8	
Total		92	100,0	

Font: Elaboració pròpia

3.5 Percepció del grau d'implicació familiar pel que fa a les cures per part de la persona receptora

La majoria de les persones grans que reben cures i que podien respondre, creuen que la implicació familiar en la seva cura és “molt o bastant bona”. Així i tot una minoria, 13 persones, perceben el grau d'implicació familiar com a més minse : “una mica o a mitges”.

Taula 7.2.15 Grau implicació familiar pel que fa a la cura de la persona gran dependent

		Freqüència	Percentatge	Percentatge vàlid	Percentatge acumulat
Vàlid	4	7	7,6	8,6	8,6
	5	5	5,4	6,2	14,8
	6	1	1,1	1,2	16,0
	7	4	4,3	4,9	21,0
	8	14	15,2	17,3	38,3
	9	7	7,6	8,6	46,9
	10	43	46,7	53,1	100,0
	Total	81	88,0	100,0	
Perduts	Sistema	11	12,0		
Total		92	100,0		

Font: Elaboració pròpia

4. Nivell de dependència i necessitat de suport

4.1 Tipus de malalties que pateix la persona receptora de cures.

Pel que fa a l'estat de salut de les persones receptores de cures, les malalties cardiovasculars són les més prevalents, en un 51,1% dels casos; seguides per les de l'aparell músculo-esquelètic i les malalties neurodegeneratives (Alzheimer, Parkinson, Esclerosi múltiple i altres) en un 37% dels casos. Després, la diabetis (14,1%), les malalties respiratòries (12%), les malalties de tipus psiquiàtric o psicològic (10,9%) i càncer (7,6%).

Taula 7.2.16 Afeccions cardiovasculars

		Freqüència	Percentatge	Percentatge vàlid	Percentatge acumulat
Vàlid	No	44	47,8	48,4	48,4
	sí	47	51,1	51,6	100,0
	Total	91	98,9	100,0	
Perduts	Sistema	1	1,1		
Total		92	100,0		

Font: Elaboració pròpia

Taula 7.2.17 Afeccions aparell músculo-esquelètic

		Freqüència	Percentatge	Percentatge vàlid	Percentatge acumulat
Vàlid	No	58	63,0	63,0	63,0
	sí	34	37,0	37,0	100,0
	Total	92	100,0	100,0	

Font: Elaboració pròpia

Taula 7.2.18 Malaltia neurodegenerativa

		Freqüència	Percentatge	Percentatge vàlid	Percentatge acumulat
Vàlid	No	58	63,0	63,0	63,0
	sí	34	37,0	37,0	100,0
	Total	92	100,0	100,0	

Font: Elaboració pròpia

Taula 7.2.19 Diabetis

		Freqüència	Percentatge	Percentatge vàlid	Percentatge acumulat
Vàlid	No	79	85,9	85,9	85,9
	sí	13	14,1	14,1	100,0
	Total	92	100,0	100,0	

Font: Elaboració pròpia

Taula 7.2.20 Afeccions respiratòries

		Freqüència	Percentatge	Percentatge vàlid	Percentatge acumulat
Vàlid	No	81	88,0	88,0	88,0
	sí	11	12,0	12,0	100,0
	Total	92	100,0	100,0	

Font: Elaboració pròpia

Taula 7.2.21 Afecció de tipus psiquiàtric o psicològic (ex. depressió)

		Freqüència	Percentatge	Percentatge vàlid	Percentatge acumulat
Vàlid	No	82	89,1	89,1	89,1
	sí	10	10,9	10,9	100,0
	Total	92	100,0	100,0	

Font: Elaboració pròpia

Taula 7.2.22 Càncer

		Freqüència	Percentatge	Percentatge vàlid	Percentatge acumulat
Vàlid	No	85	92,4	92,4	92,4
	sí	7	7,6	7,6	100,0
	Total	92	100,0	100,0	

Font: Elaboració pròpia

4.4 Grau de dependència¹⁰⁴ de la persona receptora de cures

El grau de dependència és, segons la LAPAD, un indicador de la necessitat de suport davant les activitats bàsiques de la vida diària (ABVD). Les persones grans de la mostra es trobaven en el moment de ser entrevistades, majoritàriament en el segon i tercer grau de dependència (31,5%) i en menor mesura alguns casos en el primer grau (16,3%). No obstant, un 20% de les llars entrevistades afirmen que no havien sol·licitat el reconeixement del grau o no n'estaven informades.

Taula 7.2.23 Grau dependència reconegut

	Freqüència	Percentatge	Percentatge vàlid	Percentatge acumulat
Primer grau	15	16,3	16,3	16,3
Segon grau	29	31,5	31,5	47,8
Tercer grau	29	31,5	31,5	79,3
No té reconegut cap grau	17	18,5	18,5	97,8
No ho sap	2	2,2	2,2	100,0
Total	92	100,0	100,0	

Font: Elaboració pròpia

4.5 Recepció de serveis públics o ajuda a la dependència

Sis de cada deu llars entrevistades són receptors d'algun tipus de prestació o servei lligat a la Llei de la dependència, així no obstant una cinquena part es troba a l'espera, i hi ha famílies que no l'han sol·licitada. En algun cas els ha estat denegada.

¹⁰⁴ La Llei 39/2006 de Promoció de l'Autonomia Personal i Atenció a les Persones en Situació de Dependència (LAPAD), en el seu article 26, estableix tres graus de dependència:

- *El grau I o dependència moderada*, que fa referència a les persones que necessiten ajuda per a realitzar diverses activitats bàsiques de la vida diària, almenys un cop al dia, i en que es considera que la persona té una dependència moderada.
- *El grau II o dependència severa*, en el cas de les persones que necessiten ajuda per a dur a terme les activitats bàsiques de la vida diària dos o tres vegades al dia, però no requereixen de suport permanent d'una persona cuidadora, o anomenades amb dependència severa.
- *El grau III o gran dependent*, referent a les persones que necessiten ajuda per a dur a terme diverses activitats bàsiques de la vida diària diverses vegades al dia i per la seva pèrdua total d'autonomia, necessiten el suport indispensable i continuat d'una altra persona. Se'ls anomena grans dependents.

Taula 7.2.24 La persona en situació de dependència rep serveis públics o ajuda a la dependència

		Freqüència	Percentatge	Percentatge vàlid	Percentatge acumulat
Vàlid	Sí	55	59,8	64,7	64,7
	No, està a l'espera	18	19,6	21,2	85,9
	No, no l'hem sol·licitada	11	12,0	12,9	98,8
	L'hem sol·licitada però ha estat denegada	1	1,1	1,2	100,0
	Total	85	92,4	100,0	
Perduts	Sistema	7	7,6		
Total		92	100,0		

Font: Elaboració pròpia

4.6 Serveis públics que rep la persona receptora de cures

Quasi la meitat de les llars (44%) entrevistades són receptores de *prestacions econòmiques* derivades de la LAPAD i un 12% de les llars estan a l'espera de rebre-la. Tot i que les prestacions rebudes depenen del grau reconegut de dependència, si es fa una mitjana del total de les prestacions rebudes, aquesta és de 291€. En relació a la cartera de serveis previstos per la llei, el Servei d'Atenció Domiciliària (SAD) és el tipus de servei més utilitzat (32% de les llars), enfront la teleassistència i el centre d'atenció diürna (CD). Una petita part de les llars afirma rebre materials com bolquers de nit. El 43% de les llars afirma *copagar alguns dels serveis rebuts* com els serveis de teleassistència, els serveis de taxi i públics, centre de dia, i una part dels medicaments. Les llars familiars afirmen sufragar part de les despeses d'esponges i bolquers, guants i bosses orina.

4.7 Cobertura de les necessitats de les persones grans receptores de cures per part dels serveis públics.

Menys de la meitat de les persones grans receptores de cures han respost a aquesta pregunta (44,6%), i d'aquestes, sis de cada deu afirmen que es cobreixen les seves necessitats. La resta donen una resposta negativa.

Taula 7.2.25 Els serveis públics cobreixen les seves necessitats

		Freqüència	Percentatge	Percentatge vàlid	Percentatge acumulat
Vàlid	No poden respondre	1	1,1	2,4	2,4
	Sí	26	28,3	63,4	65,9
	No	14	15,2	34,1	100,0
	Total	41	44,6	100,0	
Perduts	Sistema	51	55,4		
Total		92	100,0		

Font: Elaboració pròpia

4.8 Motius pels quals no cobreixen les seves necessitats

Les persones grans entrevistades que afirmen que els serveis rebuts no cobreixen les seves necessitats ho atribueixen, en la seva majoria, a motius o qüestions econòmiques: “alt cost econòmic”, “va molt just”, “massa justos per a fer millores a casa”, “hi ha massa despeses” “manca d’ajudes públiques”, “molt just”, “han de pagar-se la rehabilitació privadament”, i altres, perquè estan a l’espera de rebre alguna mena de serveis: “ està a l’espera del tercer grau”, o “no, perquè no rebem cap mena de servei”.

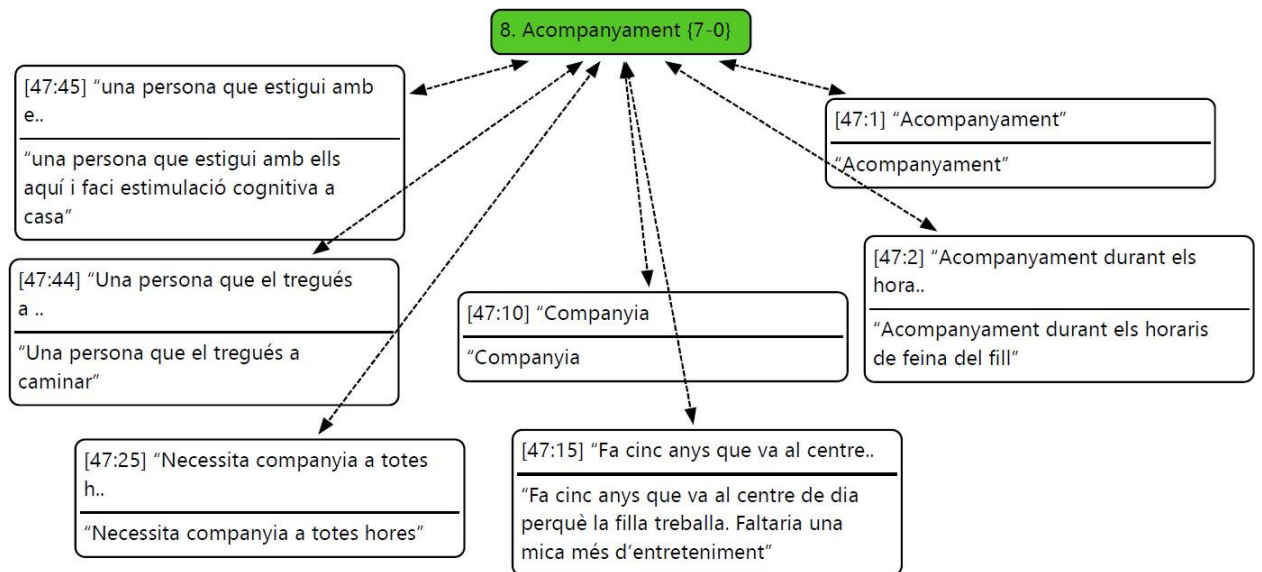
4.9 Tipus de serveis de suport a la cura que necessiten

Per a respondre a aquesta qüestió: *quins serveis de suport a la cura creus necessaris en la teva situació?* fou necessària la col·laboració d’ambdues figures, la de la persona receptora de cures i la persona cuidadora familiar.

Les llars familiars reclamen una gran diversitat de serveis: serveis d’acompanyament, ajuda econòmica, ajuda en la higiene i en la mobilitat de les persones grans, estimulació cognitiva, de fisioteràpia (a domicili), ajut psicològic a la persona cuidadora, conciliació de la vida laboral amb les cures, més hores de Servei d’Atenció Domiciliària i adaptació d’aquests serveis a les necessitats de les llars”, ajuda per a dur a terme millores en l’accessibilitat de les llars, i poder gaudir de persones que donin suport a la família en la cura.

A continuació, es representen les corresponents figures dels gràfics de xarxes.

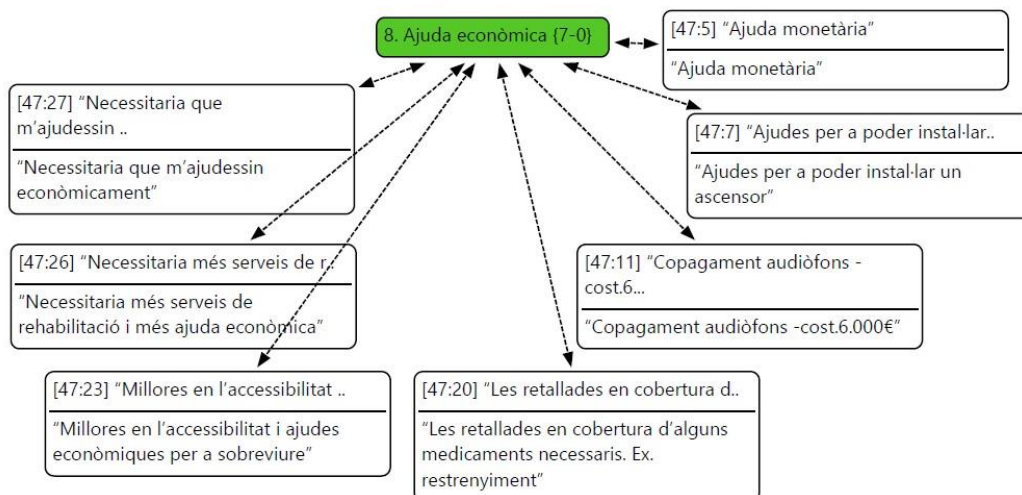
Figura 7.2.1 Acompanyament



Font: Elaboració pròpia

Figura 7.2.2 Ajuda econòmica

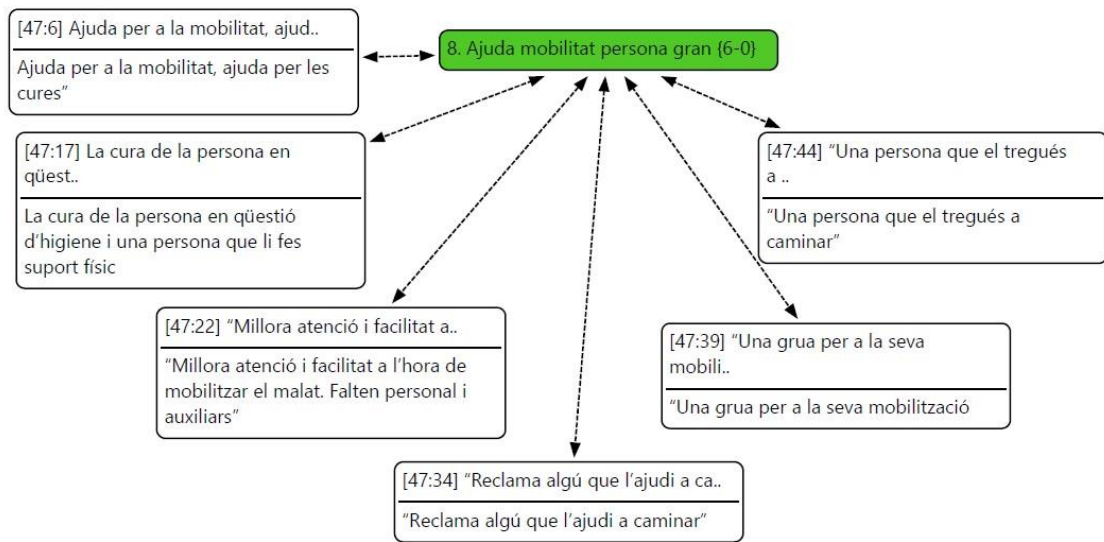
8. Ajuda econòmica



Font: Elaboració pròpia

Figura 7.2.3 Ajuda mobilitat persona gran

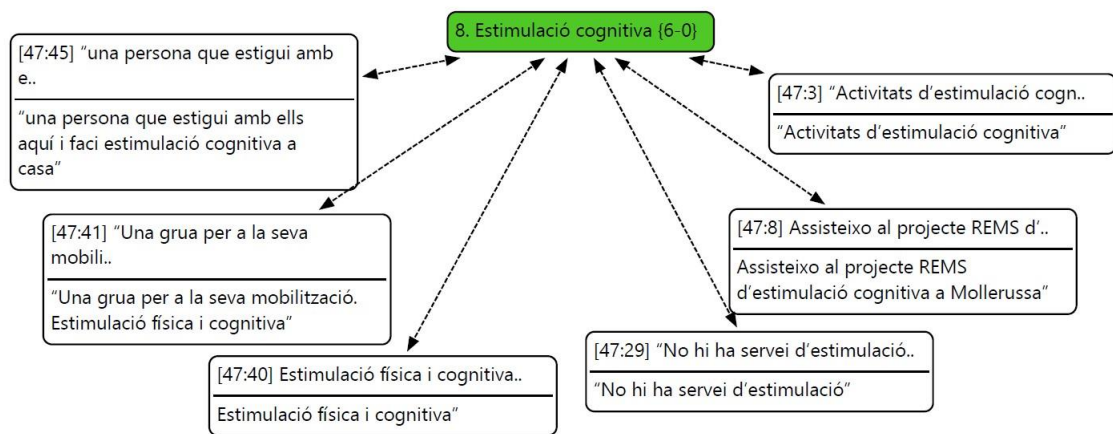
8. Ajuda mobilitat persona gran



Font: Elaboració pròpia

Figura 7.2.4 Estimulació cognitiva

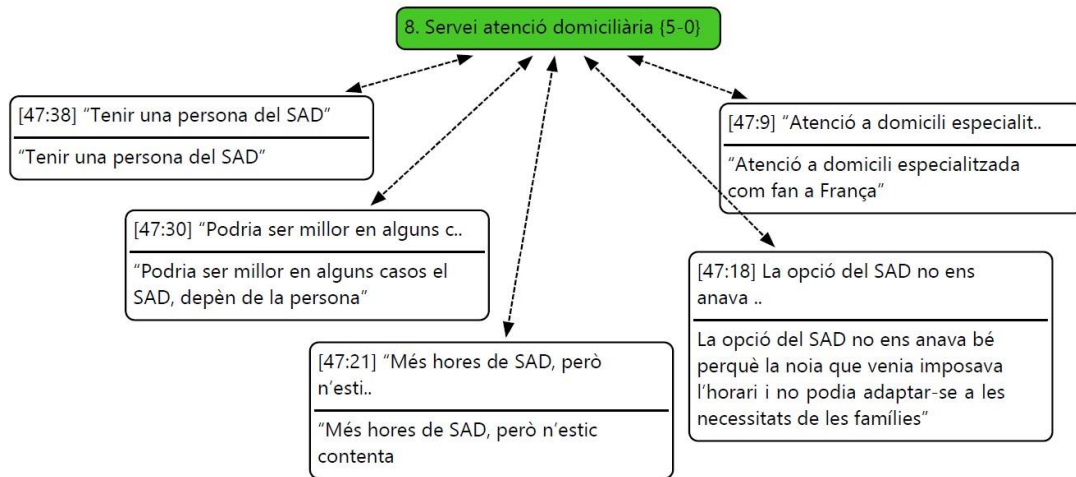
8. Estimulació cognitiva



Font: Elaboració pròpia

Figura 7.2.5 Servei Atenció Domiciliària

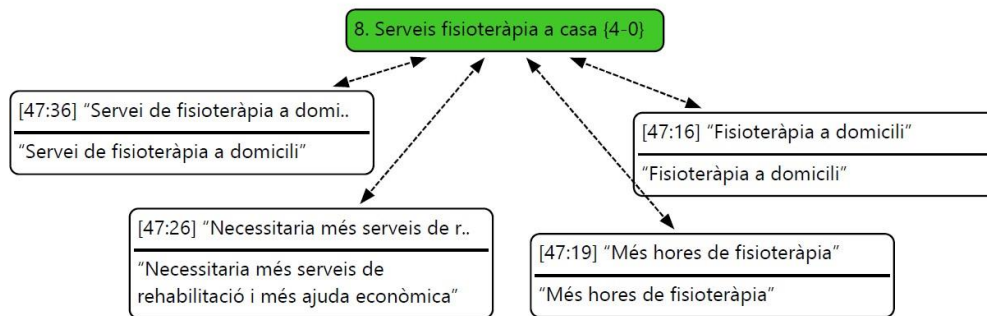
8. Servei atenció domiciliària



Font: Elaboració pròpia

Figura 7.2.6. Serveis de fisioteràpia a domicili

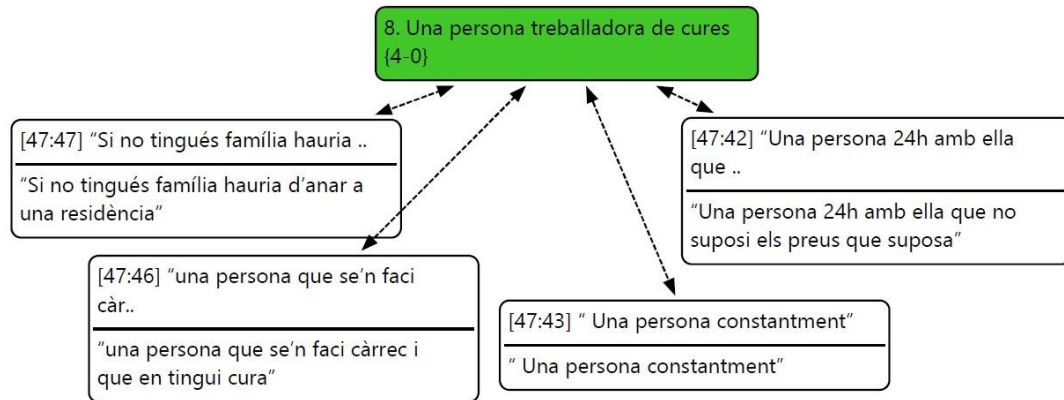
8. Serveis fisioteràpia a casa



Font: Elaboració pròpia

Figura 7.2.7 Una persona treballadora de cures

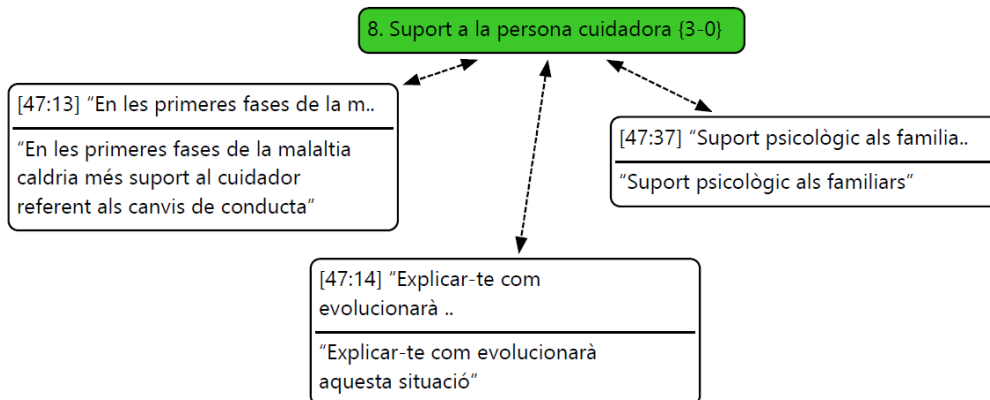
8. Una persona treballadora de cures



Font: Elaboració pròpia

Figura 7.2.8 Suport a la persona cuidadora

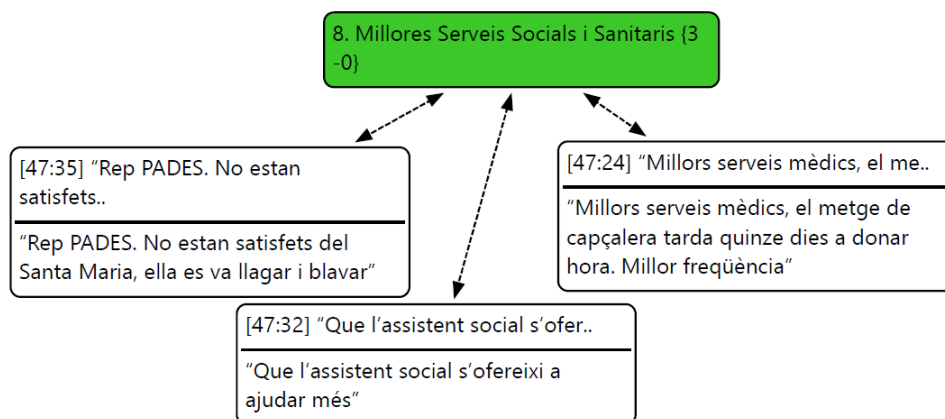
8. Suport a la persona cuidadora



Font: Elaboració pròpia

Figura 7.2.9 Millores Serveis Socials i Sanitaris

8. Millores Serveis Socials i Sanitaris



Font: Elaboració pròpia

4.10 Necessitats d'adaptació de l'habitatge

La majoria de les llars familiars han hagut de readaptar el propi habitatge a les necessitats de cures de les persones grans. Sis de cada deu llars ho han fet, i fins i tot algunes famílies han hagut de canviar d'habitatge, optant per a apropar-se a un nucli on hi hagi més equipaments o serveis que al lloc on vivien: “hem canviat de casa de Règola a Àger”, “vivíem en una torre i ens hem canviat al poble”.

Taula 7.2.26 Adaptació habitatge familiar

		Freqüència	Percentatge	Percentatge vàlid	Percentatge acumulat
Vàlid	Sí	57	62,0	64,0	64,0
	Sí, hem hagut e canviar de casa amb millors condicions	3	3,3	3,4	67,4
	No	29	31,5	32,6	100,0
	Total	89	96,7	100,0	
Perduts	Sistema	3	3,3		
Total		92	100,0		

Font: Elaboració pròpia

4.11 Tipus d'adaptacions de l'habitatge realitzats per les llars

La majoria de les adaptacions de l'habitatge han estat els canvis en el bany, canvi de banyera a dutxa, dutxa adaptada, col·locació d'agafadors. També en alguns casos es requereix adaptar les habitacions a les plantes baixes de les cases, col·locar un ascensor o montacàrregues, cadires elèctriques, llits articulats i agafadors per la casa.

4.12 Grau d'informació i recursos per a adaptar l'habitatge a les necessitats de les persones grans receptores de cures

Tot i que més de la meitat de les llars entrevistades afirma disposar de suficient informació i recursos per a l'adaptació de la llar a les necessitat de la persona gran, un 15% de les llars manifesta disposar de recursos però no informació i un 9% disposa d'informació però no té recursos per a fer-ho. Finalment un 13% no disposa d'informació ni recursos per a adaptar la llar.

Taula 7.2.27 Suficient informació i recursos per a adaptar la llar

		Freqüència	Percentatge	Percentatge vàlid	Percentatge acumulat
Vàlid	Sí	52	56,5	59,8	59,8
	Sí informació, no recursos	9	9,8	10,3	70,1
	Tinc recursos però no informació	14	15,2	16,1	86,2
	Ni informació ni recursos	12	13,0	13,8	100,0
	Total	87	94,6	100,0	
Perduts	Sistema	5	5,4		
Total		92	100,0		

Font: Elaboració pròpia

4.13 Grau d'accessibilitat de la llar de la persona gran receptora de cures

L'accessibilitat de les llars rurals on hi viuen persones grans amb problemes d'autonomia es caracteritza per dificultats en l'accés a l'habitatge (63%), manca de porters automàtics o intercomunicadors (85,9%), lavabos i vàters no adaptats, manca de passamans ergonòmics, i la meitat de les llars disposen de portes estretes on no passaria, per exemple, una cadira de rodes. Per altra banda sí que disposen de bona il·luminació, i en un gran nombre de llars s'hi troben llits articulats, caminadors i cadires de rodes. A les taules següents es mostra la proporció d'elements facilitadors d'accessibilitat en situacions on hi ha manca d'autonomia.

Taula 7.2.28 Grau accessibilitat Il·lar 1: Rampes o fàcil accés a l'habitatge

		Freqüència	Percentatge	Percentatge vàlid	Percentatge acumulat
Vàlid	No	58	63,0	63,0	63,0
	Sí	34	37,0	37,0	100,0
	Total	92	100,0	100,0	

Font: Elaboració pròpia

Taula 7.2.29 Grau accessibilitat Il·lar 2: Bona il·luminació a tota la il·lar

		Freqüència	Percentatge	Percentatge vàlid	Percentatge acumulat
Vàlid	No	17	18,5	18,5	18,5
	Sí	75	81,5	81,5	100,0
	Total	92	100,0	100,0	

Font: Elaboració pròpia

Taula 7.2.30 Grau accessibilitat Il·lar 3: Sòl i paviments no lliscants

		Freqüència	Percentatge	Percentatge vàlid	Percentatge acumulat
Vàlid	No	29	31,5	31,5	31,5
	Sí	63	68,5	68,5	100,0
	Total	92	100,0	100,0	

Font: Elaboració pròpia

Taula 7.2.31 Grau accessibilitat Il·lar 4: Suficient amplada de les portes (0,80 x 2 m)

		Freqüència	Percentatge	Percentatge vàlid	Percentatge acumulat
Vàlid	No	43	46,7	46,7	46,7
	Sí	49	53,3	53,3	100,0
	Total	92	100,0	100,0	

Font: Elaboració pròpia

Taula 7.2.32 Grau accessibilitat llar 5: Interfons o porters automàtics accessibles

		Freqüència	Percentatge	Percentatge vàlid	Percentatge acumulat
Vàlid	No	79	85,9	85,9	85,9
	Sí	13	14,1	14,1	100,0
	Total	92	100,0	100,0	

Font: Elaboració pròpia

Taula 7.2.33 Grau accessibilitat llar 6: passamans ergonòmics

		Freqüència	Percentatge	Percentatge vàlid	Percentatge acumulat
Vàlid	No	74	80,4	80,4	80,4
	Sí	18	19,6	19,6	100,0
	Total	92	100,0	100,0	

Font: Elaboració pròpia

Taula 7.2.34 Accessibilitat: alçada 43-45 lavabo

		Freqüència	Percentatge	Percentatge vàlid	Percentatge acumulat
Vàlid	No	90	97,8	97,8	97,8
	Sí	2	2,2	2,2	100,0
	Total	92	100,0	100,0	

Font: Elaboració pròpia

Taula 7.2.35 Accessibilitat: elevador de vàter amb agafadors

		Freqüència	Percentatge	Percentatge vàlid	Percentatge acumulat
Vàlid	No	70	76,1	76,1	76,1
	Sí	22	23,9	23,9	100,0
	Total	92	100,0	100,0	

Font: Elaboració pròpia

Taula 7.2.36 Caminador

		Freqüència	Percentatge	Percentatge vàlid	Percentatge acumulat
Vàlid	No	29	31,5	31,5	31,5
	Sí	63	68,5	68,5	100,0
	Total	92	100,0	100,0	

Font: Elaboració pròpia

Taula 7.2.37 Cadira de rodes

		Freqüència	Percentatge	Percentatge vàlid	Percentatge acumulat
Vàlid	No	33	35,9	35,9	35,9
	Sí	59	64,1	64,1	100,0
	Total	92	100,0	100,0	

Font: Elaboració pròpia

Taula 7.2.38 Dutxa accessible i agafadors

		Freqüència	Percentatge	Percentatge vàlid	Percentatge acumulat
Vàlid	No	26	28,3	28,3	28,3
	Sí	66	71,7	71,7	100,0
	Total	92	100,0	100,0	

Font: Elaboració pròpia

Taula 7.2.39 Llit articulat

		Freqüència	Percentatge	Percentatge vàlid	Percentatge acumulat
Vàlid	No	41	44,6	45,1	45,1
	Sí	50	54,3	54,9	100,0
	Total	91	98,9	100,0	
Perduts	Sistema	1	1,1		
Total		92	100,0		

Font: Elaboració pròpia

Taula 7.2.40 Triangle d'incorporació

		Freqüència	Percentatge	Percentatge vàlid	Percentatge acumulat
Vàlid	No	83	90,2	90,2	90,2
	Sí	9	9,8	9,8	100,0
	Total	92	100,0	100,0	

Font: Elaboració pròpia

Taula 7.2.41 Taula de llit regulable

		Freqüència	Percentatge	Percentatge vàlid	Percentatge acumulat
Vàlid	No	91	98,9	98,9	98,9
	Sí	1	1,1	1,1	100,0
	Total	92	100,0	100,0	

Font: Elaboració pròpia

Taula 7.2.42 Bastons i crosses

		Freqüència	Percentatge	Percentatge vàlid	Percentatge acumulat
Vàlid	No	37	40,2	40,2	40,2
	Sí	55	59,8	59,8	100,0
	Total	92	100,0	100,0	

Font: Elaboració pròpia

Taula 7.2.43 Telèfons amb amplificació

		Freqüència	Percentatge	Percentatge vàlid	Percentatge acumulat
Vàlid	No	92	100,0	100,0	100,0

Font: Elaboració pròpia

4.14 Nivell d'ingressos de la persona receptora de cures

El nivell d'ingressos mensual de les persones grans que reben cures a casa seva se situa en un 43% entre els 500 i els 800 euros, i en segon lloc, un 30% entre els 800 i 1.000 euros. Només un 18,3% de les llars sobrepassa els mil euros.

Taula 7.2.44 Actual nivell ingressos mensuals persona en situació dependència

		Freqüència	Percentatge	Percentatge vàlid	Percentatge acumulat
Vàlid	De 0 a 500€	7	7,6	7,7	7,7
	501-800€	39	42,4	42,9	50,5
	801-1000€	28	30,4	30,8	81,3
	1.001-1.200€	10	10,9	11,0	92,3
	1.201-1.500€	4	4,3	4,4	96,7
	1.501-2.000€	1	1,1	1,1	97,8
	2.001-3.000€	1	1,1	1,1	98,9
	No ho sap	1	1,1	1,1	100,0
	Total	91	98,9	100,0	
Perduts	Sistema	1	1,1		
Total		92	100,0		

Font: Elaboració pròpia

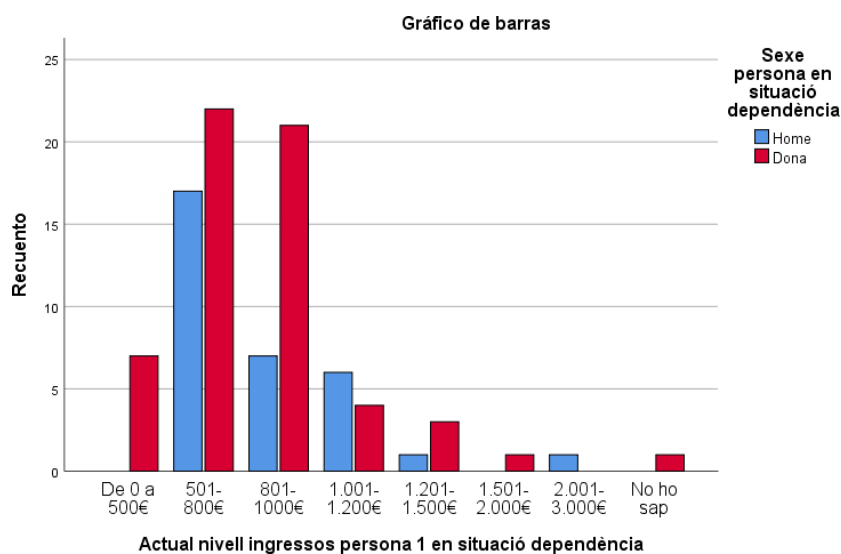
Així no obstant, les dones, en la mateixa situació tenen un nivell d'ingressos inferior als homes, com pot veure's en la taula següent, on **el tram més baix d'ingressos el conformen dones.**

Taula 7.2.45 Actual nivell ingressos persona 1 en situació dependència*Sexe persona en situació dependència

		Sexe persona en situació dependència		Total
		Home	Dona	
Actual nivell ingressos persona 1 en situació dependència	De 0 a 500€	0	7	7
	501-800€	17	22	39
	801-1000€	7	21	28
	1.001-1.200€	6	4	10
	1.201-1.500€	1	3	4
	1.501-2.000€	0	1	1
	2.001-3.000€	1	0	1
	No ho sap	0	1	1
Total		32	59	91

Font: Elaboració pròpia

Gràfic 7.2.1 Nivell d'ingressos segons sexe persona receptora de cures



Font: Elaboració pròpia

4.15 Ingressos totals mensuals de les llars familiars on resideix la persona receptora de cures

Gairebé la meitat de les llars on viu una persona receptora de cures disposa d'uns ingressos que se situen entre els 1.000-2000 € mensuals i una cinquena part disposa d'uns ingressos inferiors a 1.000€. Així i tot, una de cada quatre té uns ingressos de 2.000-3.000 euros. En aquesta situació, **la percepció de les llars entrevistades, en quasi la meitat dels casos (43,5%), és que els seus ingressos són insuficients en relació a les despeses que té.**

Taula 7.2.46 Ingressos totals mensuals llar familiar

		Freqüència	Percentatge	Percentatge vàlid	Percentatge acumulat
Vàlid	501-800€	10	10,9	12,0	12,0
	801-1000€	6	6,5	7,2	19,3
	1.001-1.200€	8	8,7	9,6	28,9
	1.201-1.500€	14	15,2	16,9	45,8
	1.501-2.000€	13	14,1	15,7	61,4
	2.001-3.000€	23	25,0	27,7	89,2
	Més de 3.000	9	9,8	10,8	100,0
	Total	83	90,2	100,0	
Perduts	Sistema	9	9,8		
Total		92	100,0		

Font: Elaboració pròpia

Taula 7.2.47 Percepció suficients ingressos en relació a les despeses

		Freqüència	Percentatge	Percentatge vàlid	Percentatge acumulat
Vàlid	Sí	52	56,5	56,5	56,5
	No	40	43,5	43,5	100,0
	Total	92	100,0	100,0	

Font: Elaboració pròpia

En relació a les llars que perceben els seus ingressos com a insuficients, en 14 casos s'afirma que "no és suficient o tenen moltes més despeses que ingressos", en 7 casos afirmen que els arriba "just o molt just": "sempre anem justos", "vigilant molt" o "massa just". En 4 casos viuen del que els aporta la terra: "amb el que ell cobra, no viuríem, si no fos per les rendes familiars: vaques, porcs, truges i farratge", "vivim dels interessos de la terra", "tenim la subvenció de la collita i ens porten les terres però avui hi ha moltes despeses", "tinc les terres però si me les treballen no rebo quasi res". Altres llars (3) atribueixen insuficiència d'ingressos en relació al preu de la llum, l'aigua, el menjar, les contribucions o els impostos. Hi ha 3 casos en que afirmen que depenen de l'ajuda de fills i filles: "ens han d'ajudar els fills", "quan no podem ho paguen els nostres fills", "sense l'ajuda econòmica dels fills, no és suficient". Dues famílies diuen que no podrien costejar ajuda externa o que el cost de tenir-la és molt alt: "si tinguéssim una dona, no" o "cal pagar la noia contractada". Dues famílies afirmen que "la cuidadora ja no cobra o cobra poc per cuidar-la" o que els ingressos són més baixos perquè "la persona cuidadora no treballa fora de casa". Finalment, s'atribueix a les baixes pensions "l'espòs cobra 600€, es jubilà als seixanta i el que cobra és molt just" o vinculen les despeses amb els accessoris i pomades derivades de la cura. També sorgeix el fet de la necessitat de viure junts per a sumar els ingressos: "si no fos perquè vivim juntes tres persones i se sumen els ingressos..." (Veure ANNEX III)

7.2.1.2 DADES RELATIVES A LA PERSONA CUIDADORA

1. Dades sociodemogràfiques

1.1 Sexe de la persona cuidadora

Vuit de cada deu persones que exerceixen com a cuidadores principals a les llars familiars analitzades són dones.

Taula 7.2.48 Sexe persona cuidadora

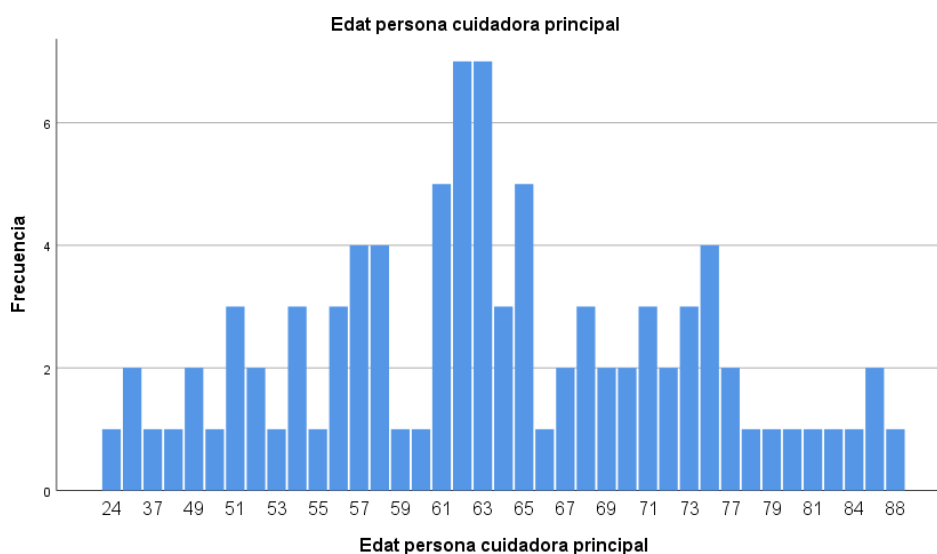
		Freqüència	Percentatge	Percentatge vàlid	Percentatge acumulat
Vàlid	Home	16	17,4	17,6	17,6
	Dona	75	81,5	82,4	100,0
	Total	91	98,9	100,0	
Perduts	Sistema	1	1,1		
Total		92	100,0		

Font: Elaboració pròpia

1.2 Edat de la persona cuidadora

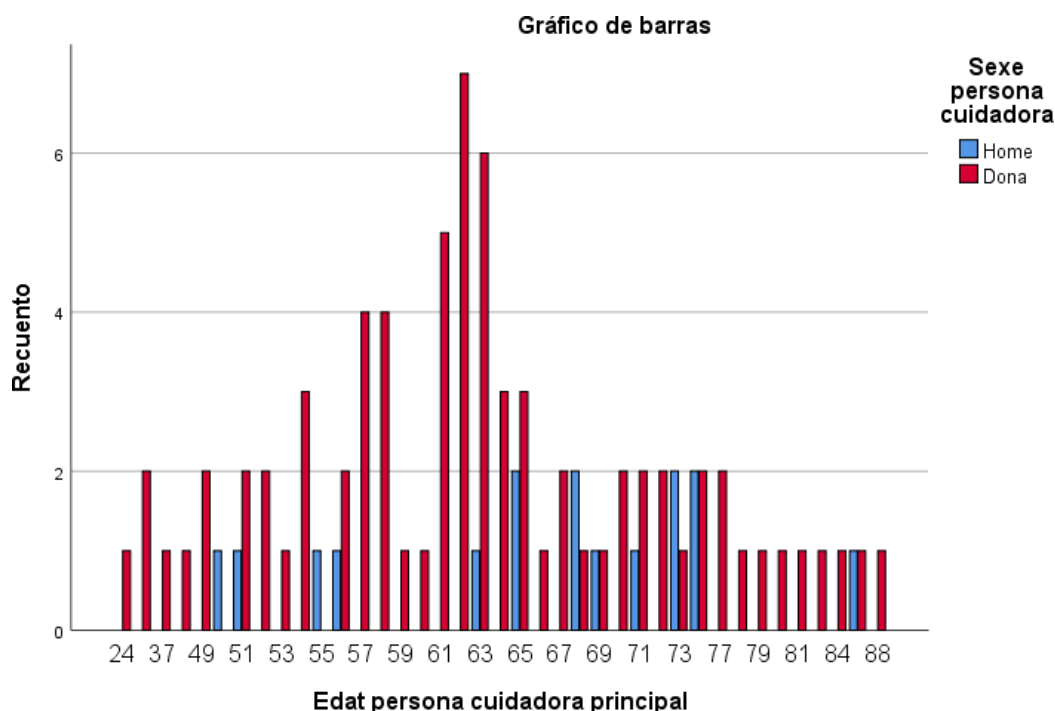
La franja d'edat predominant en la figura de la persona que cuida es concentra entre 61 i 65 anys. Així i tot, pot destacar-se les avançades edats, -fins als 88 anys d'edat-en que majoritàriament dones estan exercint tasques de cura.

Gràfic 7.2.2. Edat persona cuidadora



En relació al gènere en relació a l'edat, la majoria dels homes cuidadors entrevistats, (17,6% del total de persones cuidadores), aquests es troben en edat de jubilació. Això no succeeix en el cas de les dones (82,4%) que actualment estan cuidant.

Gràfic 7.2.3 Edat persona cuidadora segons sexe



1.3 Estat civil

Quasi set de cada deu persones cuidadores estaven casades en el moment de l'entrevista. Dues de cada deu es trobaven solteres i la resta, eren vídues i en menys mesura, separades.

Taula 7.2.49 Estat civil persona cuidadora principal

		Freqüència	Percentatge	Percentatge vàlid	Percentatge acumulat
Vàlid	Solter/a	19	20,7	20,9	20,9
	Casat/da	62	67,4	68,1	89,0
	Vidu/a	5	5,4	5,5	94,5
	Separat/da	4	4,3	4,4	98,9

	Altres	1	1,1	1,1	100,0
	Total	91	98,9	100,0	
Perduts	Sistema	1	1,1		
Total		92	100,0		

Font: Elaboració pròpia

1.4 Tipus de vincle familiar amb la persona dependent

De les noranta dues llars entrevistades, només tres llars disposaven de persones sense vincle familiar amb la persona gran dependent que exercien el paper de cuidadores principals.

1.5 Relació de parentiu amb la persona gran dependent

El grau de filiació o de parentiu de la persona cuidadora en la meitat de les llars familiars era del primer grau de descendència, això és filla o fill. En aquest sentit, és significatiu per la recerca que són majoritàriament les filles, netes, joves, cunyades qui exerceixen el treball de cures, en front els fills (no hi ha cap gendre o cunyat o altres).

En segon lloc, la persona cuidadora acostuma a ser l'esposa o l'espòs. També són les esposes les que figuren en major nombre com a persones cuidadores en front els esposos.

Taula 7.2.50 Tipus de vincle familiar amb la persona en situació dependència

		Freqüència	Percentatge	Percentatge vàlid	Percentatge acumulat
Vàlid	Espòs/a	27	29,3	30,3	30,3
	Fill/a	45	48,9	50,6	80,9
	Net/a	3	3,3	3,4	84,3
	Altres	14	15,2	15,7	100,0
	Total	89	96,7	100,0	
Perduts	Sistema	3	3,3		
Total		92	100,0		

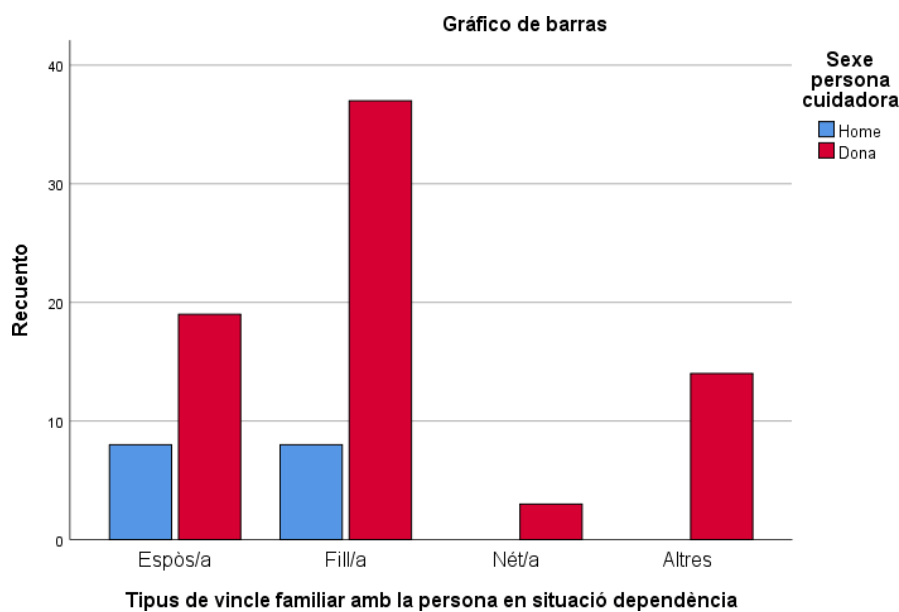
Font: Elaboració pròpia

**Taula 7.2.51 Tipus de vincle familiar amb la persona en situació dependència*
Sexe persona cuidadora**

		Sexe persona cuidadora		Total
		Home	Dona	
Tipus de vincle familiar amb la persona en situació dependència	Espòs/a	8	19	27
	Fill/a	8	37	45
	Net/a	0	3	3
	Altres	0	14	14
Total		16	73	89

Font: Elaboració pròpia

Gràfic 7.2.4 Tipus de vincle familiar segons sexe



Font: Elaboració pròpia

1.6 Lloc de naixement

Vuit de cada deu persones cuidadores són nascudes a Catalunya (considerant que l'entrevista ha estat enfocada a la cura informal familiar). D'aquestes, la gran majoria (95%) són lleidatanes d'origen i la resta de la província de Barcelona. Hi ha un 11,9% de llars on qui cuida ha nascut en altres comunitats autònomes, amb predomini

d'Andalusia (Jaén, Granada), Aragó i Galícia. En dues llars les persones cuidadores són originàries de Llatinoamèrica (Bolívia i Rep. Dominicana).

1.7 Nivell màxim d'estudis

La meitat (56%) de les persones responsables de la cura dels grans han assolit com a màxim estudis d'Educació Primària (algunes no els han acabat però tothom sap llegir i escriure) i disposen de graduat escolar o l'Educació Secundària Obligatòria. Un 12,1% ha assolit l'Educació Secundària no Obligatòria (equivalent a l'actual batxillerat i FP). La resta, el 31,9% han assolit estudis d'Educació Superior o universitària a nivell de grau, màsters o doctorat.

Taula 7.2.52 Nivell estudis persona cuidadora

		Freqüència	Percentatge	Percentatge vàlid	Percentatge acumulat
Vàlid	Sense estudis però sap llegir i escriure	3	3,3	3,3	3,3
	Estudis primaris no acabats	7	7,6	7,7	11,0
	Estudis primaris acabats	34	37,0	37,4	48,4
	Graduat escolar o batxiller elemental	7	7,6	7,7	56,0
	Batxiller superior/FP/Cicles formatius	11	12,0	12,1	68,1
	Titulació mitjana, diplomatura o tècnic	17	18,5	18,7	86,8
	Titulació superior o Llicenciatura-grau	6	6,5	6,6	93,4
	Màster o Postgrau	5	5,4	5,5	98,9
	Doctorat o postdoctorat	1	1,1	1,1	100,0
	Total	91	98,9	100,0	
Perduts	Sistema	1	1,1		
Total		92	100,0		

Font: Elaboració pròpia

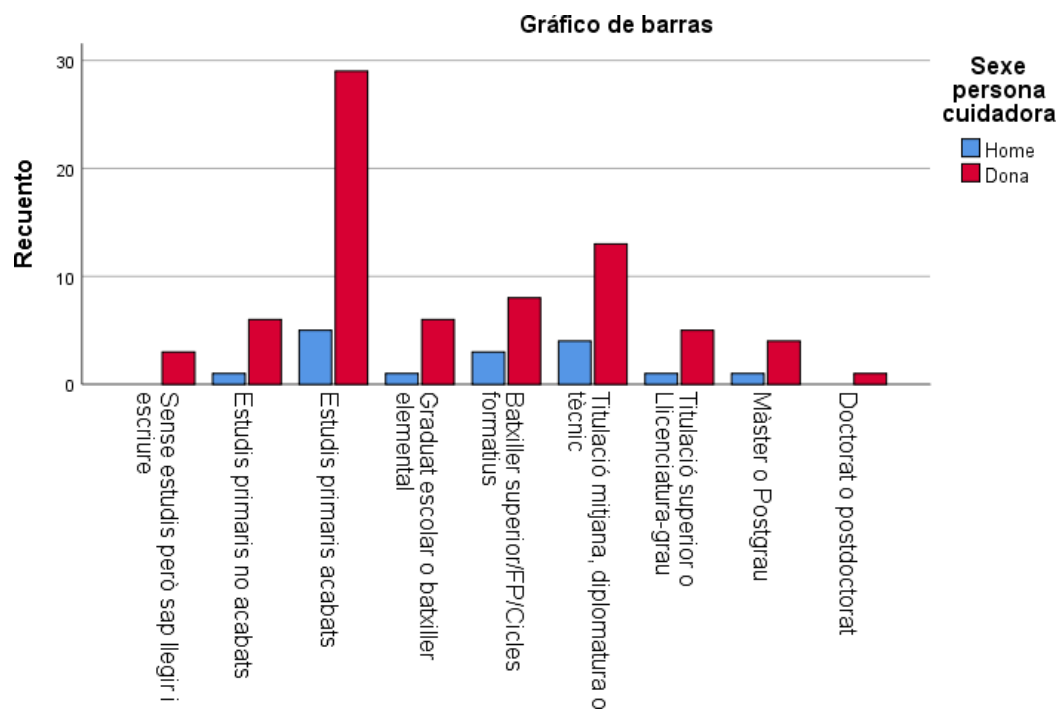
En relació al gènere, el grau de formació adquirit que predomina tant en dones com en homes és el d'estudis Primaris acabats i (Graduat escolar i/o antic batxiller elemental). Els nivells de formació superiors (grau, postgrau, màster o doctorat) correspon a les dones en més mesura que en els homes, en els que predomina una formació postobligatòria. El nivell d'estudis guarda relació amb el nombre de persones cuidadores entrevistades que treballen, a més a més de les cures, remuneradament fora de casa, és a dir, les persones que tenen un nivell inferior d'estudis, en major mesura, es dediquen plenament al treball de cures familiar no remunerat.

Taula 7.2.53 Nivell estudis persona cuidadora* Sexe persona cuidadora

		Sexe persona cuidadora		Total
		Home	Dona	
Nivell estudis persona cuidadora	Sense estudis però sap llegir i escriure	0	3	3
	Estudis primaris no acabats	1	6	7
	Estudis primaris acabats	5	29	34
	Graduat escolar o batxiller elemental	1	6	7
	Batxiller superior/FP/Cicles formatius	3	8	11
	Titulació mitjana, diplomatura o tècnic	4	13	17
	Titulació superior o Llicenciatura-grau	1	5	6
	Màster o Postgrau	1	4	5
	Doctorat o postdoctorat	0	1	1
Total		16	75	91

Font: Elaboració pròpia

Gràfic 7.2.5 Nivell d'estudis persona cuidadora segons sexe



Font: Elaboració pròpia

Taula 7.2.54 Nivell estudis persona cuidadora*Situació lab1: Treball remunerat i amb contracte

		Situació lab1: Treball amb remuneració i amb contracte		Total
		no	sí	
Nivell estudis persona cuidadora	Sense estudis però sap llegir i escriure	3	0	3
	Estudis primaris no acabats	6	1	7
	Estudis primaris acabats	30	4	34
	Graduat escolar o batxiller elemental	6	1	7
	Batxiller superior/FP/Cicles formatius	9	2	11
	Titulació mitjana, diplomatura o tècnic	12	5	17
	Titulació superior o Llicenciatura-grau	5	1	6

	Màster o Postgrau	4	1	5
	Doctorat o postdoctorat	0	1	1
Total		75	16	91

Font: Elaboració pròpia

1.8 Situació laboral actual de la figura cuidadora

En relació a la situació laboral de la persona cuidadora, vuit de cada deu persones que cuiden afirmen no estar treballant amb remuneració ni de forma contractada. Un 17,4% està treballant de forma remunerada i amb contracte. Un 13% treballen sota el règim d'Autònoms. Hi ha però, altres situacions com algunes persones que cuiden que disposen de pensions d'invalidesa absoluta, de subsidis per a majors de 55 anys o ajuda familiar. Pel que fa al treball de cures, el 64% duu a terme aquesta feina sense remuneració i el 63% també són qui realitza a casa seva les tasques domèstiques.

Taula 7.2.55 Situació lab1: Treball amb remuneració i amb contracte

		Freqüència	%	% vàlid	% acumulat
Vàlid	no	75	81,5	82,4	82,4
	sí	16	17,4	17,6	100,0
	Total	91	98,9	100,0	
Perdut	Sistema	1	1,1		
Total		92	100,0		

Font: Elaboració pròpia

Taula 7.2.56 Sexe persona cuidadora*Situació lab1: Treballo remuneradament i amb contracte

		Situació lab1: Treballo remuneradament i amb contracte		Total
		no	sí	
Sexe persona cuidadora	Home	13	3	16
	Dona	62	13	75
Total		75	16	91

Font: Elaboració pròpia

Taula 7.2.57 Situació lab3: Treballo fent tasques de cura -sense remuneració-* Sexe persona cuidadora

			Sexe persona cuidadora		Total
			Home	Dona	
Situació lab3: Treballo fent tasques de cura -sense remuneració-	no		11	21	32
	sí		5	53	58
Total			16	74	90

Font: Elaboració pròpia

Taula 7.2.58 Situació lab3: Treballo fent tasques de cura -sense remuneració-

		Freqüència	Percentatge	Percentatge vàlid	Percentatge acumulat
Vàlid	no	32	34,8	35,6	35,6
	sí	58	63,0	64,4	100,0
	Total	90	97,8	100,0	
Perduts	Sistema	2	2,2		
Total		92	100,0		

Font: Elaboració pròpia

Taula 7.2.59 Situació lab4: Treball tasques domèstiques a casa meva

		Freqüència	Percentatge	Percentatge vàlid	Percentatge acumulat
Vàlid	no	33	35,9	36,7	36,7
	sí	57	62,0	63,3	100,0
	Total	90	97,8	100,0	
Perduts	Sistema	2	2,2		
Total		92	100,0		

Font: Elaboració pròpia

Taula 7.2.60 Estic jubilat/da* Sexe persona cuidadora

		Sexe persona cuidadora		Total
		Home	Dona	
Estic jubilat/da	no	6	53	59
	sí	10	18	28
Total		16	71	87

Font: Elaboració pròpia

1.8.1 Ocupació principal durant la seva vida

Les dades apunten a un predomini del sector secundari o indústries extractives i manufactureres que aplega el 39% de l'activitat laboral de la persona que cuida on predomina *el sector tèxtil* (un sector molt feminitzat que durant la dècada dels setanta i vuitanta donà feina a moltes dones de la Plana (aquest sector destaca especialment a les comarques del Pla d'Urgell i la Noguera). En segon lloc, hi figura el sector terciari (34%): activitats educatives, administratives, hoteleria, administració pública, i altres com perruqueria i tasques de cura. Un 11% ha dut a terme tasques de cura i domèstiques sense cotitzar. El sector primari ha ocupat com a feina principal durant la vida dels entrevistats el (9,7%), que han treballat com a pageses i ramaderes. No obstant, ocupa també un lloc com a activitat laboral -no principal- en un 9,7% dels casos, a l'igual que el treball en confecció, que ocupà, com a feina secundària a un 7,6% de les dones entrevistades, sovint, sense cotització.

1.9 Descendència de la persona cuidadora (nombre de fills/es i nets/netes)

Set de cada deu persones cuidadores ha tingut fills o filles durant la seva vida. El nombre mitjà de fills/es és de 2,25, amb un predomini de dos fills/filles (52,2%) i un/a sol/a fill/a (22,4%). Quatre de cada deu persones cuidadores entrevistades tenia nets o netes en aquell moment. Dels que tenien nets o netes el nombre mitjà és, amb igual proporció (30,6%) d'un o dos. De les que tenien nets o netes, la meitat també en tenia cura, d'una manera o altra.

1.10 Grau de cooperació o conflictivitat que es respira a la llar

Quasi la meitat (48%) de les persones cuidadores entrevistades afirmen que hi ha una *molt alta cooperació* entre la resta de membres de la família en relació a la cura, o una *alta cooperació* (17%). Un 10% creu que hi ha *un grau mig* de col·laboració, i un 15% expressen *diferents graus de conflictivitat* en relació al clima familiar i les cures. En aquest darrer cas, s'opta per a conèixer els motius d'aquests conflictes que s'enuncien a continuació:

“Actituds de poca disponibilitat per part dels fills/es, més reticència a renunciar al seu temps que els grans”; “diferències en les relacions familiars”; “diferents perspectives a l'hora d'entendre la cura, més permissivitat o no”; “el germà no col·labora”; “fan el que poden ja que alguns familiars són lluny del poble”; “conflicte amb la germana, no es relacionen”; “conflictes familiars entre el fill separat i amb poca salut mental i el net i la ex-jove”; “incompatibilitat de caràcter i grau d'exigència individual”; “l'ajuda en les tasques familiars està mal distribuïda”, “les causes del conflicte són els criteris a l'hora de cuidar-la”; “la cuidadora està saturada”; “perquè estic molt lligada”, “són quatre germanes, però la gran s'encarrega de tot”; “no poden venir a ajudar-la a fer neteja de llocs de la casa on no pot arribar”; “manca de cooperació per part del pare, molt gran, a l'hora de fer-li companyia”.

1.11 Necessitats de reorganització familiar deguda a la cura de la persona gran

El 43% de les responsables de la cura entrevistades afirma que ha estat necessari “reorganitzar” les seves vides per a poder tenir cura de la persona gran.

Aquesta reorganització familiar ha estat deguda:

- a) A **canvis, mobilitats, trasllats que afecten a l'habitatge habitual**: “he hagut de venir a viure aquí” o “augmenta la mobilitat i viatges al poble”, o “la meva germana va haver de venir, però la podem cuidar entre tots”, “ha calgut traslladar-se a Barcelona i moure's”, “he hagut de tornar a Espanya des de

Missions i plantejar més disponibilitat als germans”, “degut a la viduïtat i estat de salut de la sogra ha hagut d’anar a viure amb ells”.

- b) **A pèrdua de temps dedicat a un/a mateix/a:** “ara tindria un bon hort i un galliner”, “estic una mica condicionada i lligada”, “m’ha condicionat la llibertat de moviments i estem més lligats”, “he hagut de reestructurar les meves relacions”, “no podem sortir, hem d’estar pendents d’ells”; “fa set anys que no baixo a Bcn”, “Vaig haver de treballar i cuidar alhora i ara que ja estic jubilada no puc gaudir-ho”,
- c) **A acompanyar-la als centres hospitalaris i operacions:** “ canvis deguts a les visites a l’hospital”, “per a ajudar-la a recuperar-se de l’operació”, “reorganitzar-nos per a estar-hi quan ha estat ingressada”, “ara ja fan operacions de pròtesi a Vielha”.
- d) **Tensions familiars:** “ tensió entre acompanyar l’àvia i les necessitats familiars”
- e) **Canvis econòmics:** “el negoci del marit es va deixar, els fills eren massa petits”; “tancar una botiga i demanar una excedència laboral”
- f) **Canvis totals de vida:** “és un cop molt fort, tot canvia”; “la vida ha canviat molt, no hem pogut gaudir massa”, “m’ha canviat la vida un 100”.
- g) **A la necessitat urgent de readaptar-se:** “ens vam adaptar”, “ha estat per etapes i ens hem adaptat”, “ha estat una adaptació progressiva”, “perquè tots hem col·laborat “

1.12 *En la seva opinió creus que la nova forma d’organitzar-se ha estat justa?*

A continuació se’ls pregunta, si creuen, al seu parer, que aquest “nou ordre o organització familiar” ha estat justa, i quatre de cada deu afirma que “ NO ho ha estat”.

Les raons per les que creuen que no ha estat justa fan referència a:

- 1) **Repartiment desigual de les tasques de cura entre els membres de la família:** “desigualitària”; “desigualtat entre els germans- té dos germans nois”; “la càrrega està desproporcionada”; “no, perquè he hagut de parar de treballar i els altres no”; “perquè crec que podria estar més compartida”; “podrien col·laborar més”; “s’hauria de repartir la càrrega entre els sis germans”; “tot ha estat per manca de civisme” ;“perquè li hauríem de fer més companyia” .

- 2) **Obligació:** “no hi havia cap més remei”; “no tenia a ningú per a ajudar-me. Tenia 48 anys i cinc fills petits”; “perquè no em toca una altra”; “se n’arregla una i se n’espatlla una altra”, “perquè som poca família”.
- 3) **Pèrdua de llibertat:** “no som lliures”; “he hagut de renunciar a alguns plans que tinc”
- 4) **Alt cost emocional:** “he hagut de patir molt”, “no, per la cuidadora”.

2. Cura de la persona dependent a casa

2.1 Motius principals pels que cuida

Es demana a les figures cuidadores expressar tres motius o raons per les que cuiden. Com a **raó prioritària**, o en primer lloc, associen la cura a la *filiació o lligam de parentiu en un 27% dels casos*: “és el meu pare”; “és la meva mare”; “per amor de filla”; “perquè és la meva padrina”; “perquè és la meva dona”; “sóc el seu marit”; “perquè són els meus sogres”. També un 16% cuiden per un *vinclle emocional*: “amor”; “és la meva vida”; “és una persona que estimes”; “perquè és una qüestió emocional”; “l’he estimada molt”; “perquè és el més important de la meva vida”; “està malalta i me l’estimo molt”. Una altra raó que consideren prioritària és *la reciprocitat*: “ella m’ha cuidat a mi”; “és una expressió d’agraïment i estima”; “perquè m’han cuidat”. També es cuida *com a obligació moral i com a “acte naturalitzat” (6,5%)*: “com un deure”, “considero que és la meva obligació”; “és una cosa que em pertany fer-la”; “ho he vist sempre així”; “ho veig natural”; “perquè em sembla una cosa normal i sóc la filla”; “veo muy lógico que sea yo quien lo cuide”. Hi ha una altra raó que s’expressa que és cuidar com a *necessitat (5,4%)*: “calia cuidar-lo, hem tirat endavant com hem pogut”; “ho necessita”; “perquè no es pot valdre per ell mateix”.

Segons un **segon ordre de prioritat**, un 18,5% de les entrevistades confessen que cuiden com a deure moral o obligació: “és el que hi ha”; “és un deure”; “és un deure moral”; “és una obligació moral”: “per principis morals”; “tinc la consciència tranquil·la”; “tinc un deure moral”. S’afirma que es cuida per “amor o vinclle emocional” (13%): “perquè l’estimo”; “per carinyo”; “perquè l’estimo més que a la meva ànima” i també per reciprocitat: “agraïment de la filla a la mare”; “de petit jo vaig rebre i ara ho torno”; “ella m’ha ajudat molt”; “s’ho mereix”; “tornar el que t’han donat”; “emocionalment li dec”; “ella sempre ha cuidat tothom”. Apareix la filiació com a motiu (7,6%): és el meu home i l’estimo”; “perquè és el meu marit”; “per arrels familiars”, i també es cuida per a evitar dur a la persona a una residència (7,6%): “no voldria portar-la a una residència”; “no podria treure-la de casa”; “perquè no podria veure-la a una residència”; “porque he visto

cosas en las residencias que no me han gustado”. També es cuida per un *factor temporal o perquè han viscut junts* molt de temps (5,4%): “hem estat sempre junts”; “portem molts anys junts”; “tota la vida hem estat junts”; “sempre he viscut amb ella”. En menor mesura s’afirma que es cuida per necessitat: “perquè està sola”; “ho necessita”; “perquè ho necessita”. Sorgeixen altres raons com: “necessito treballar”(en el cas d’una llar on hi ha una cuidadora externa contractada) o “si el porto a una residència, s’endurà la pensió” o “m’he trobat en aquestes circumstàncies”, o “tenim bona relació”; “ens portem bé”.

Com a **tercera prioritat** s’afirma sorgeixen motius d’un altre caire com raons econòmiques: “depenc econòmicament d’ella”; “em va deixar això, herència i obligació”; “obligació de la dona de l’hereu”; “perquè estic casada amb aquest noi”; “tinc el meu marit de baixa i ara no cobra res” (treballadora externa). També per evitar dur-la a una residència: “a casa està millor que en una residència”; “fa de bon cuidar i no el vull portar a una residència”; “he vist que a l’Arnau i al sociosanitari de Balaguer els tractaven malament”; “no vull que la meva mare vagi a una residència”; “perquè ella no hi vol anar”. Es cuida també “per compassió”, “per carinyo”, “perquè l’he d’ajudar” o “perquè sóc mestressa de casa”.

2.2. Quant de temps fa que la persona dependent rep ajuda o cura

La cura a la llar esdevé *cura de llarga durada* (CLD) entesa com a cura continuada al llarg del temps. Un 31,5% de les llars *fa més de deu anys que està cuidant* a la persona gran, i un 19,1% porta entre 4-6 anys. Un 17% de llars estan cuidant entre 6 i 10 anys.

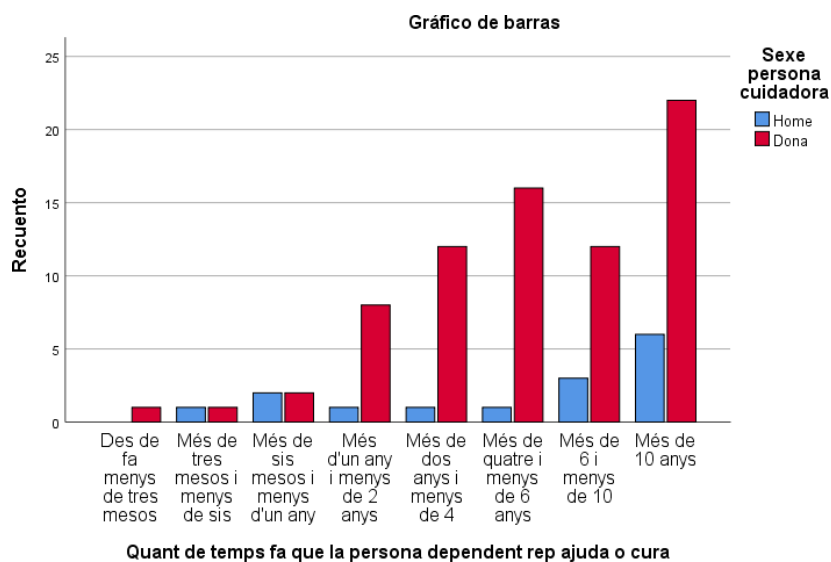
Taula 7.2.61 Quant de temps fa que la persona dependent rep ajuda o cura

	Freqüència	Percentatge	Percentatge vàlid	Percentatge acumulat
Des de fa menys de tres mesos	1	1,1	1,1	1,1
Més de tres mesos i menys de sis	2	2,2	2,2	3,4
Més de sis mesos i menys d'un any	4	4,3	4,5	7,9
Més d'un any i menys de 2 anys	9	9,8	10,1	18,0
Més de dos anys i menys de 4	13	14,1	14,6	32,6

Més de quatre i menys de 6 anys	17	18,5	19,1	51,7
Més de 6 i menys de 10	15	16,3	16,9	68,5
Més de 10 anys	28	30,4	31,5	100,0
Total	89	96,7	100,0	
Perduts Sistema	3	3,3		
Total	92	100,0		

Font: Elaboració pròpia

Gràfic 7.2.6 Quantitat de temps que la persona gran rep cures



Font: Elaboració pròpia

2.3 Quin tipus d'ajuda rep la persona gran

La figura de la persona cuidadora duu a terme majoritàriament tasques domèstiques de la casa de la persona gran, la compra diària, preparació de menjars, higiene i cura personals, acompanyar-la al metge, control de la medicació, gestions i tasques administratives i acompanyament a casa.

Taula 7.2.62 Tipus ajuda rep persona dependent: realitzar la neteja i cura de la casa

		Freqüència	Percentatge	Percentatge vàlid	Percentatge acumulat
Vàlid	No	7	7,6	7,8	7,8
	Sí	83	90,2	92,2	100,0
	Total	90	97,8	100,0	
Perduts	Sistema	2	2,2		
Total		92	100,0		

Font: Elaboració pròpia

Taula 7.2.63 Realitzar la compra diària

		Freqüència	Percentatge	Percentatge vàlid	Percentatge acumulat
Vàlid	No	5	5,4	5,6	5,6
	Sí	85	92,4	94,4	100,0
	Total	90	97,8	100,0	
Perduts	Sistema	2	2,2		
Total		92	100,0		

Font: Elaboració pròpia

Taula 7.2.64 Preparar menjars

		Freqüència	Percentatge	Percentatge vàlid	Percentatge acumulat
Vàlid	No	9	9,8	10,0	10,0
	Sí	81	88,0	90,0	100,0

Total		90	97,8	100,0	
Perduts	Sistema	2	2,2		
Total		92	100,0		

Font: Elaboració pròpia

Taula 7.2.65 Higiene i cures personals

		Freqüència	Percentatge	Percentatge vàlid	Percentatge acumulat
Vàlid	No	14	15,2	15,6	15,6
	Sí	76	82,6	84,4	100,0
	Total	90	97,8	100,0	
Perduts	Sistema	2	2,2		
Total		92	100,0		

Font: Elaboració pròpia

Taula 7.2.66 Acompanyar-la al metge

		Freqüència	Percentatge	Percentatge vàlid	Percentatge acumulat
Vàlid	No	7	7,6	7,8	7,8
	Sí	83	90,2	92,2	100,0
	Total	90	97,8	100,0	
Perduts	Sistema	2	2,2		
Total		92	100,0		

Font: Elaboració pròpia

Taula 7.2.67 Control medicació

		Freqüència	Percentatge	Percentatge vàlid	Percentatge acumulat
Vàlid	No	12	13,0	13,3	13,3

	Sí	78	84,8	86,7	100,0
	Total	90	97,8	100,0	
Perduts	Sistema	2	2,2		
	Total	92	100,0		

Font: Elaboració pròpia

Taula 7.2.68 Gestions i tasques administratives

		Freqüència	Percentatge	Percentatge vàlid	Percentatge acumulat
Vàlid	No	8	8,7	9,0	9,0
	Sí	81	88,0	91,0	100,0
	Total	89	96,7	100,0	
Perduts	Sistema	3	3,3		
	Total	92	100,0		

Font: Elaboració pròpia

Taula 7.2.69 Acompanyament i vigilància a casa

		Freqüència	Percentatge	Percentatge vàlid	Percentatge acumulat
Vàlid	No	4	4,3	4,5	4,5
	Sí	85	92,4	95,5	100,0
	Total	89	96,7	100,0	
Perduts	Sistema	3	3,3		
	Total	92	100,0		

Font: Elaboració pròpia

2.4 Quantes hores al dia es cuida

Sis de cada deu llars entrevistades manifesten que la cura els exigeix un estat de permanència i atenció vint-i-quatre hores al dia.

Taula 7.2.70 *Número hores dia cura*

		Freqüència	Percentatge	Percentatge vàlid	Percentatge acumulat
Vàlid	1	1	1,1	1,1	1,1
	2	1	1,1	1,1	2,3
	3	5	5,4	5,7	8,0
	5	3	3,3	3,4	11,4
	7	1	1,1	1,1	12,5
	8	1	1,1	1,1	13,6
	10	1	1,1	1,1	14,8
	12	6	6,5	6,8	21,6
	14	1	1,1	1,1	22,7
	15	2	2,2	2,3	25,0
	16	1	1,1	1,1	26,1
	19	1	1,1	1,1	27,3
	20	5	5,4	5,7	33,0
	22	4	4,3	4,5	37,5
	23	1	1,1	1,1	38,6
	24	54	58,7	61,4	100,0
	Total	88	95,7	100,0	
Perduts	Sistema	4	4,3		
	Total	92	100,0		

Font: Elaboració pròpia

2.5 Quina seria la millor solució per a la persona dependent

La cura manca d'autonomia és, en set de cada deu casos “seguir igual com fins ara”. També es proposa com a solució “rebre atenció especialitzada a domicili” i “rebre ajuda a domicili a través del Servei d'Atenció Domiciliària”. En menor mesura s'opta per acudir a un centre de dia o ingressar a una residència. Com a “altres solucions” s'enumeren: “acudir a un centre de dia que la tractessin de forma més personalitzada”, “anar a un centre especialitzat tipus REMS”, “cercar la manera de fer activitats que l'ajudin en la malaltia”, “necessitaria a l'estiu, poder gaudir d'una estada en residència”, “necessitaria ajuda immediata per a mobilitzar-lo si empitjorés”. “per anar al centre de dia els venen a buscar a les 8h del matí, massa aviat”, “taxi en horaris flexibles i acudir al centre de dia sempre que es pugui”, “un cop de mà o més col·laboració dels de casa”, “una persona que l'ajudi a netejar el pis però si no m'ho paguen no ho puc fer”. “poder endur-me el meu pare a casa, però tinc la casa massa petita”.

2.6 Valoració per part de la persona cuidadora, del grau de satisfacció per part de la persona dependent respecte al seu dret a escollir el lloc, la persona i la forma de rebre la cura.

En general, la percepció de la persona cuidadora respecte al grau de satisfacció de la persona gran és positiu. Nou de cada deu llars afirmen estar “excel·lentment satisfetes”, “satisfetes” o “notablement satisfetes”.

Taula 7.2.71 Grau de satisfacció per part de la persona dependent des de la perspectiva de la persona cuidadora

		Freqüència	Percentatge	Percentatge vàlid	Percentatge acumulat
Vàlid	Una mica insatisfet/a	1	1,1	1,1	1,1
	a mitges	4	4,3	4,5	5,6
	una mica satisfet/a	1	1,1	1,1	6,7
	Bastant satisfet/a	3	3,3	3,4	10,1
	Notablement satisfet/a	10	10,9	11,2	21,3
	Satisfet/a	16	17,4	18,0	39,3
	Excel·lentment satisfet/a	54	58,7	60,7	100,0
	Total	89	96,7	100,0	

Sistema	3	3,3		
Total	92	100,0		

Font: Elaboració pròpia

Taula 7.2.72 Grau de satisfacció segons sexe de la persona cuidadora

		Sexe persona cuidadora		Total
		Home	Dona	
Grau de satisfacció per part de la persona dependent des de la perspectiva de la cuidadora	Una mica insatisfet/a	1	0	1
	a mitges	0	4	4
	una mica satisfet/a	0	1	1
	Bastant satisfet/a	0	3	3
	Notablement satisfet/a	2	8	10
	Satisfet/a	3	13	16
	Excel·lentment satisfet/a	10	44	54
Total		16	73	89

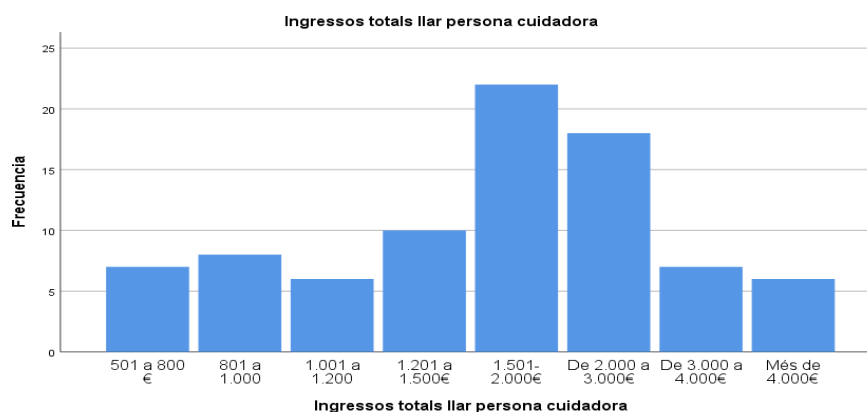
Font: Elaboració pròpia

3. Nivell d'ingressos

3.1 Ingressos totals de la llar de la cuidadora

Pel que fa als ingressos de les llars familiars de la persona cuidadora, gairebé la meitat de les famílies (47%) disposa d'ingressos mensuals de 1.500 a 3.000 €: El 26,2% de les llars ingressen entre 1.500-2000€, i un 21,4% de 2.000-3.000€. Tot i així, una de cada quatre llars disposa d'uns ingressos mensuals inferiors a 1.200€.

Gràfic 7.2.7 Ingressos totals de la llar de la persona que cuida



Font: Elaboració pròpia

Taula 7.2.73 Ingressos mensuals totals llar persona cuidadora

		Freqüència	Percentatge	Percentatge vàlid	Percentatge acumulat
Vàlid	501 a 800€	7	7,6	8,3	8,3
	801 a 1.000	8	8,7	9,5	17,9
	1.001 a 1.200	6	6,5	7,1	25,0
	1.201 a 1.500€	10	10,9	11,9	36,9
	1.501-2.000€	22	23,9	26,2	63,1
	De 2.000 a 3.000€	18	19,6	21,4	84,5
	De 3.000 a 4.000€	7	7,6	8,3	92,9
	Més de 4.000€	6	6,5	7,1	100,0
	Total	84	91,3	100,0	
Perduts	Sistema	8	8,7		
	Total	92	100,0		

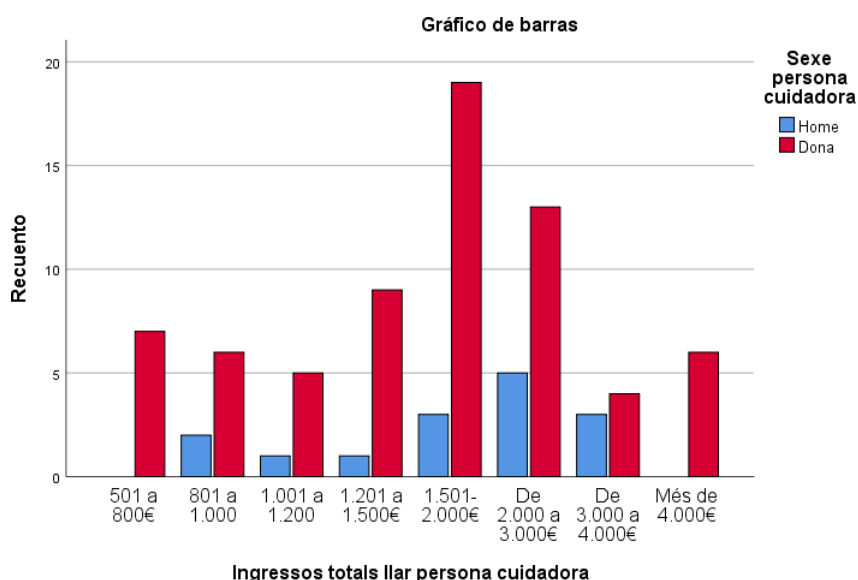
Font: Elaboració pròpia

Taula 7.2.74 Nivell ingressos llar cuidadora segons sexe

		Sexe persona cuidadora		Total
		Home	Dona	
Ingressos totals llar persona cuidadora	501 a 800€	0	7	7
	801 a 1.000	2	6	8
	1.001 a 1.200	1	5	6
	1.201 a 1.500€	1	9	10
	1.501-2.000€	3	19	22
	De 2.000 a 3.000€	5	13	18
	De 3.000 a 4.000€	3	4	7
	Més de 4.000€	0	6	6
Total		15	69	84

Font: Elaboració pròpia

Gràfic 7.2.8 Nivell d'ingressos segons sexe



Font: Elaboració pròpia

3.2 La persona cuidadora és receptora d'ajuda econòmica

Només un 7,3% de les llars familiars entrevistades afirmen haver rebut prestació econòmica pel fet de cuidar i en alguns casos l'havien rebut però no en el moment en que es van dur a terme les entrevistes. El tipus d'ajudes que reben es troben entre 120-200€ per a la persona cuidadora, i abans de 2012 algunes persones cuidadores havien cotitzat.

Taula 7.2.75 Si és cuidadora no professional, ha rebut alguna ajuda econòmica pel fet de cuidar

		Freqüència	Percentatge	Percentatge vàlid	Percentatge acumulat
Vàlid	Sí	5	5,4	6,1	6,1
	Sí, però l'han reduïda	1	1,1	1,2	7,3
	No, però abans sí	6	6,5	7,3	14,6
	No, mai no l'he rebuda	70	76,1	85,4	100,0
	Total	82	89,1	100,0	
Perduts	Sistema	10	10,9		
Total		92	100,0		

Font: Elaboració pròpia

Taula 7.2.76 Recepció d'ajuda econòmica segons sexe

		Sexe persona cuidadora		Total
		Home	Dona	
Si és cuidadora no professional, ha rebut alguna ajuda econòmica pel fet de cuidar	Sí	0	5	5
	Sí, però l'han reduïda	0	1	1
	No, però abans sí	0	6	6
	No, mai no l'he rebuda	14	56	70
Total		14	68	82

Font: Elaboració pròpia

3.3 Percepció de suficiència d'ingressos en relació a les despeses

Sis de cada deu persones responsables de la cura familiar consideren suficients els seus ingressos en relació a les despeses. Per la resta, no són suficients.

Taula 7.2.77 Suficiència d'ingressos en relació a les despeses que teniu a la llar

		Freqüència	Percentatge	Percentatge vàlid	Percentatge acumulat
Vàlid	Sí	44	47,8	61,1	61,1
	No	28	30,4	38,9	100,0
	Total	72	78,3	100,0	
Perduts	Sistema	20	21,7		
Total		92	100,0		

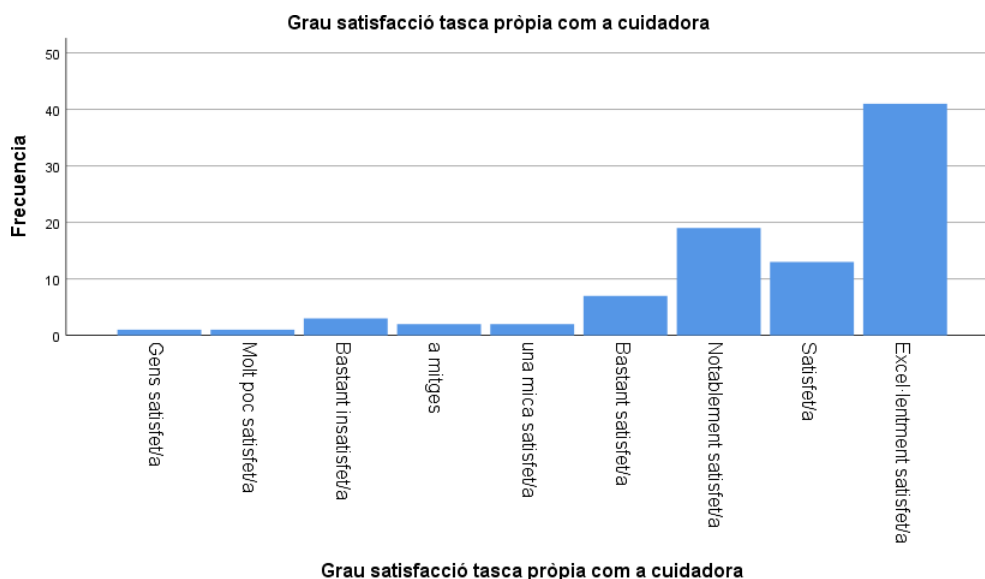
Font: Elaboració pròpia

4. Vivència de la persona cuidadora i sobrecàrrega

4.1 Grau de satisfacció de la tasca de cura

Nou de cada deu persones cuidadores viuen amb satisfacció el fet de cuidar el o la seva familiar gran. Només hi ha un 10% que expressa mitja o poca satisfacció.

Gràfic 7.2.9 Satisfacció tasca de cuidar



Font: Elaboració pròpia

4.2. Justificació de la resposta anterior- satisfacció de la tasca de cura-

Els motius pels quals s'expressa un grau determinat de satisfacció per part de la cuidadora, poden categoritzar-se en:

- 1) **Satisfacció i benestar:** “em sento a gust”; “estic satisfeta de poder-ho fer perquè em necessita”; “estic molt satisfeta”; “no ho pateixo, em surt de l'ànima”; “ho faig a gust i l'estimo i no m'ho plantejo”; “les coses les faig contenta i estic molt bé”; “estic ben contenta de poder-lo cuidar bé, demano salut per a poder-lo cuidar”; “les coses les faig contenta i estic molt bé”; “em sento bé de cuidar-la perquè és la meva mare”.
- 2) **Esforç i voluntat:** “estic fent tot allò que puc, o més del que puc”; “faig tot el que puc i em diuen que m'estic guanyant el cel”, “he deixat tot el que feia per a cuidar-lo. És difícil compaginar amb els germans”; “intento fer el màxim que puc”; “no puc fer més”; “no puc fer més del que faig”, “podria fer més, però també menys”.
- 3) **Autoobligació :** “Ho tinc assumit, ho he de fer i ho faig”; “perquè és el meu deure i ni m'ho qüestiono”; “perquè s'ha de fer”; “Sé que ho he de fer i ho faig”.
- 4) **Obligació per raons de filiació:** “perquè és el meu home”; “perquè és la meva

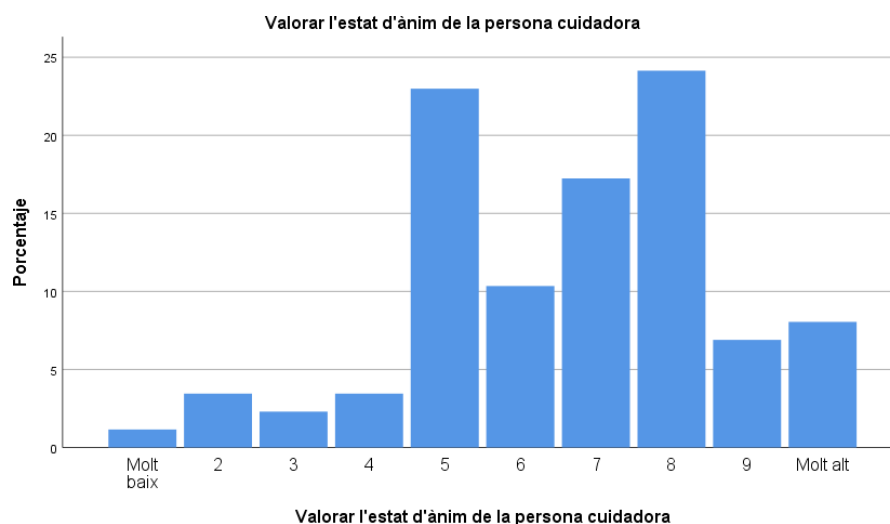
dona”; “perquè és la meva mare”;

- 5) **Adaptació i lluita:** “ara m’he adaptat a la situació. Al principi em va costar molt pel xoc d’expectatives vitals”; “ara m’hi he adaptat, encara que al principi va ser molt dur”; “ho faig molt a gust però em sento molt faltada de llibertat i estic cansada”
- 6) **Sobrecàrrega:** “em sento una mica sobrecarregada”, “és bastant dur, té un caràcter difícil”; “estic molt contenta de fer-ho però hi ha molts moments que em sento sobrecarregada”; “m’afecta molt personalment a la salut”; “perquè ajudo i hi perdo la salut però he de seguir endavant”
- 7) **Malestar i sofriment:** “a vegades et supera i et poses nerviosa”; “acabo de passar un càncer però estic bé”; “perquè si no hi fós, em sentiria més lliure”; “em poso una mica nerviosa, m’estresso”, “cada vegada em costa més”.
- 8) **Altres motius:** “estic per ell perquè sóc a casa”; “perquè jo depenc molt d’aquesta persona”; “perquè l’únic que li demano a déu és que ho pugui fer molts anys”.

4.2 El propi estat d'ànim

L'estat d'ànim de la persona cuidadora familiar presenta s'expressa com a *moderadament positiu* si es compara amb el grau de satisfacció expressat anteriorment

Gràfic 7.2.10 Estat d'ànim de la persona cuidadora



Font: Elaboració pròpia

4.3 Estat de salut general de les persones cuidadores

Aproximadament la meitat de les persones cuidadores entrevistades expressa tenir problemes de salut (independentment de que creguin que la cura hi repercuteixi). En molts casos pateixen no només una dolència, sinó una barreja de malalties o afeccions alhora. En general, pateixen afeccions articulars: “mal d’esquena”;

“esquena fotuda”; “osteoporosi”; “problemes cervicals, tendons i estrès”, “artrosi”, “artrosi generalitzada i degenerativa i hipertensió”; “fibromiàlgia, artrosi, asma, vertigen”, “hèrnia discal, asma, depressió, hèrnia hiato”; “mal cervicals i lumbar, prenc antidepressius”; “mal ossos, depressió i sucre”; “tinc els ossos fotuts- operacions de caderes i problemes de mobilitat”; “fibromiàlgia que m’afecta a l’estat d’ànim”; “vertigen, migranya, artrosi, hèrnia discal, esquena”. Problemes relacionats amb l’aparell circulatori: “hipertensió”, “arrítmies”, problemes de circulació” i afeccions psicològiques i psiquiàtriques -relacionades amb l’estat d’ànim i també fatiga i esgotament-: “m’afecta molt tot,estic esgotada, m’afecta tot”; “molt sobrecarregat, aixafat, desanimat”; “problemes del sistema nerviós, prenc antipsicòtics”; “sobrecàrrega psicològica”, “insomni”, “estat d’ànim baix i herpes”; i altres: “colesterol, fetge gras, ciàtica i problemes d’orina”, “vertigen, migranya, artrosi, hèrnia discal”.

4.4 Repercussions en l'estat de salut propi

Pel que fa a la pròpia percepció de si el fet de cuidar repercuteix en l’estat de salut, el (48,3%) de les persones cuidadores afirma que els afecta a la salut d’una manera o altra.

Taula 7.2.78 Repercussió cura sobre la salut persona cuidadora

		Freqüència	Percentatge	Percentatge vàlid	Percentatge acumulat
Vàlid	sí	42	45,7	48,3	48,3
	No	45	48,9	51,7	100,0
	Total	87	94,6	100,0	
Perduts	Sistema	5	5,4		
Total		92	100,0		

Font: Elaboració pròpia

Principalment, el fet de cuidar els afecta **a l’estat d’ànim i l’equilibri emocional**: “vaig tenir un baixón molt gran i te lo tragas tu sola para no hacerles padecer”; “crisis d’ansietat”; “aquest mes que he estat amb ella m’ha desestabilitzat el sucre, nerviosisme i neguit”; “càrrega psíquica”, “depressió, veus que va perdent i necessita

més ajuda”; “des d’un punt de vista psíquic”; “en època dolenta crisis d’ansietat i estrès”; “en l’estat d’ànim i fent feines físiques que no puc fer”, “estava decaient a punt de caure en una depressió, ansietat”; “estic més nerviosa”; “nerviosisme”; “nerviosisme i estrès, no dones l’abast”; “psicològicament em trobo desamparada, això m’ha encongit molt”; “sí, a nivell emocional”; “estic més cansat, esgotat, pressió psicològica important”; “més cansada i més nerviosa”; “nervis, és el cúmul d’anys”; “no em puc cuidar, necessitaria descans i cura”; “sobre l’estat d’ànim”; “vaig perdent força, vaig perdent de tot”; “estic a la menopausa i em costa dormir”; “fas més coses de les que pots fer”; “moltes desavinences amb la meva germana”; “una mica, no tens la llibertat que tenies, sempre tens aquell neguit”.

Els afecta també a **nivell articular**: “dos cops operada del genoll, fastitis plantar, depressió”, “cervicals carregades, ansietat, dormo malament a les nits”; “dolors columna vertebral”; “ha agreujat el mal d’esquena”; “mal d’esquena a l’aixecar la mare”; “moure la meva mare hi ha repercutit una mica”; “ombros i esquena, m’he aprimat 15 kg”; “problemes de mobilitat”; “fa molts anys que he d’anar al fisioterapeuta”; “m’he aprimat molt, tinc anèmia, nerviositat, artrosi i osteoporosi”.

També afirmen que els influeix o els afecta a **les afeccions circulatòries**: “artrosi, anticoagulants, hipertensa, sucre, asma i vaig tenir un avís d’ictus”; “circulació”; “insomni, tensió arterial i circulació”; “sucre, tensió, circulació”; “tinc asma, sóc hipertensa, he tingut un atac de glaucoma”.

4.5 Es pren medicació

Gairebé la meitat de les persones cuidadores prenen algun tipus de medicació.

Taula 7.2.79 Pren medicació la persona cuidadora

		Freqüència	Percentatge	Percentatge vàlid	Percentatge acumulat
Vàlid	Sí	37	40,2	45,1	45,1
	No	45	48,9	54,9	100,0
	Total	82	89,1	100,0	
Perduts	Sistema	10	10,9		
Total		92	100,0		

Font: Elaboració pròpia

Entre el tipus de medicació que prenen, predominen de forma clara els antidepressius, ansiolítics i tranquil·litzants. També medicaments per la hipertensió, arrítmies, anticoagulants, medicació per a dormir, antiinflamatoris, medicació per al tractament de càncer, diabetis i colesterol.

4.6 Quin tipus de canvis en la vida de la persona cuidadora s'ha hagut de fer per a cuidar el familiar

El 64% de les llars familiars afirmen que la cura de les persones grans exigeix molts canvis i transformacions de vida. Les persones cuidadores han hagut de renunciar a treball remunerat fora de casa, a temps, a una vida personal, aficions, i fins i tot en alguns casos a viure al lloc habitual.

Les principals renúncies que han dut a terme les persones entrevistades, es relacionen amb **l'àmbit laboral o treball remunerat**. un 30% han hagut de deixar la feina, reduir la jornada laboral (10%), canviar de feina (4%) o jubilar-se anticipadament: “deixar de fer coses que m’hagués agradat fer. Deixar de treballar”; “deixar de treballar abans de jubilar-me, fet que repercutí en la pensió”; “deixar de treballar per cuidar-la, i fer obres a casa”: “He hagut de de canviar la feina de conduir maquinària”; “he hagut de deixar la meva vocació de monja per a cuidar la família”; “hauria anat a treballar i no hi he anat. Visitar filla i net”; “jubilació anticipada”; “jubilar-me anticipadament”; “no puc treballar o agafar una feina perquè el meu pare em necessita”; “principalment la feina, l’he haguda de deixar”; “reduir la jornada laboral”; “reduir la jornada laboral pel treball de cures, pares i dels fills”; “tornar de Xile on estava destinada per a cuidar-la”, “desplaçar més la feina aquí a casa”.

Taula 7.2.80 Has hagut de fer canvis laborals o reduir el teu horari laboral per a cuidar

		Freqüència	Percentatge	Percentatge vàlid	Percentatge acumulat
Vàlid	Sí, he reduït l'horari laboral	9	9,8	10,0	10,0
	Sí, he hagut de deixar la feina	18	19,6	20,0	30,0
	Sí, he hagut de canviar de feina	4	4,3	4,4	34,4
	No	59	64,1	65,6	100,0
	Total	90	97,8	100,0	

Perduts	Sistema	2	2,2		
Total		92	100,0		

Font: Elaboració pròpia

En segon lloc, s'expressa una renúncia **al propi temps i relegació a la llar**: “renunciar a sortir, no podem”; “no sortir i quedar-me a casa”; “no poder sortir de casa”; “estar-se molt més a casa!; “he hagut de dedicar-me a la cuina, a la neteja”; “necessitat de temps per a cuidar, ara no tinc cap hora d'esbarjo”; “hauria marxat més caps de setmana”; “estar alerta i pendent constantment de les necessitats familiars”, “estar pendent que tot estigui llest, abans de marxar a treballar”; “he deixat alguna afició”; “he deixat de viatjar, d'estudiar i llegir, de relacionar-me amb amics, ha mermat la meva vida social”; “limitar-me la vida social amb els companys”; “no sortir, no fer sortides i estar limitat en les hores de lleure”; “renunciar a la lectura, aficions i temps personal”; “renunciar a poder sortir de casa, viatges”; “no poder anar enlloc”.

En tercer lloc, els canvis de domicili també s'expressen com a una renúncia causada per la cura: “canvi de domicili”; “canviar de casa i estil de vida”; “fa anys vaig venir a viure de Castelló a Balaguer”; “obres a casa i abandonament de la meva casa”; “deixar la meitat del temps casa meva i venir aquí”.

Finalment, s'expressa una pèrdua de llibertat i independència: “molts, he hagut de renunciar a la meva independència de fer el què volia. Em va caure el món a sobre”; “perdre una mica de llibertat”; “totals, la meva vida i família han canviat totalment”;

5. Mobilitat residencial

5.1 Per tenir cura del familiar, ha hagut de canviar de lloc de residència

Un 11,4% de les persones responsables de la cura ha hagut de canviar el seu lloc de residència per a poder fer-se càrrec de la persona gran. D'aquests casos, un 45% s'han traslladat entre 0-2 km, però un 27% de les persones que estan cuidant han hagut de traslladar-se més de 100 km per a poder cuidar.

Taula 7.2.81 Has canviat el lloc de residència per tenir cura del teu familiar?

		Freqüència	Percentatge	Percentatge vàlid	Percentatge acumulat
Vàlid	Sí	10	10,9	11,4	11,4
	No	78	84,8	88,6	100,0
	Total	88	95,7	100,0	
Perduts	Sistema	4	4,3		
Total		92	100,0		

Font: Elaboració pròpia

6. Percepció del futur immediat en relació a les cures

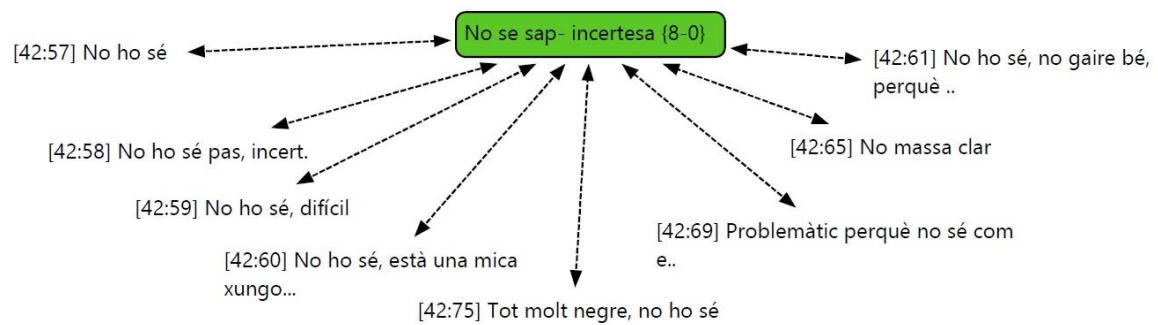
Les persones responsables de la cura familiar perceben el futur immediat en relació a les cures sota connotacions tenyides de pessimisme. Vuit de cada deu llars responen a aquesta qüestió. Per a la seva anàlisi s'han importat les respostes individuals enregistrades en el programa SPSS al programa d'anàlisi de continguts semàntics que ens permet l'Atlas-ti.

De les significacions i atribucions de sentit sorgeixen un seguit de categories que han estat anomenades, segons el seu significat des d'actituds d'incertesa a optimisme, de forma gradual: *a) no se sap-incertesa b) actitud pessimista c) escepticisme realista d) judici categòric negatiu e) reptes pendents f) esperança realista g) optimisme.*

- a) **'No se sap-incertesa'**: expressa dubtes i s'acompanya del "no ho sé" "no sé com" o "no massa". Hi ha vuit afirmacions d'aquest tipus, com es pot veure a la vista de xarxes següents (Gràfics 7.2.11).

Gràfic 7.2.11. Futur immediat cures amb incertesa

No se sap- incertesa

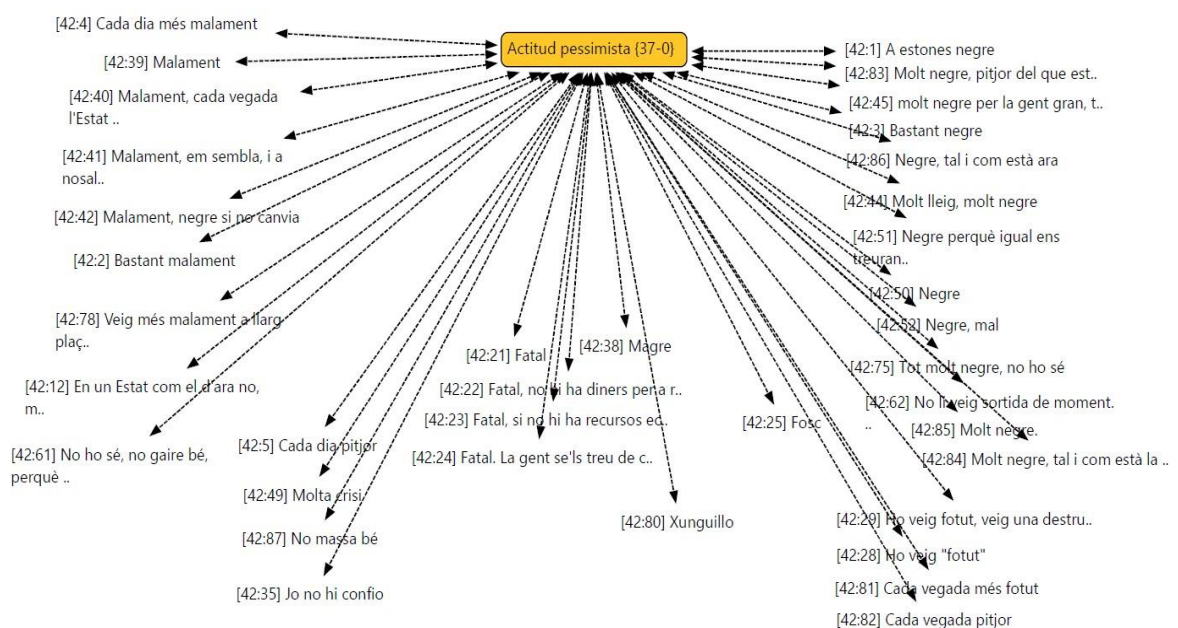


Font: Elaboració pròpia

b) **'Actitud pessimista'** en relació al futur de les cures: és l'actitud expressada per més llars familiars (37 vegades). S'utilitzen termes amb connotacions de "manca de llum": "fosc", "negre". Adverbis com: "malament", "pitjor", "fatal", adjectius com "fotut" i "magre". (Veure gràfic 7.2.12)

Gràfic 7.2.12. Futur immediat cures actitud pessimista

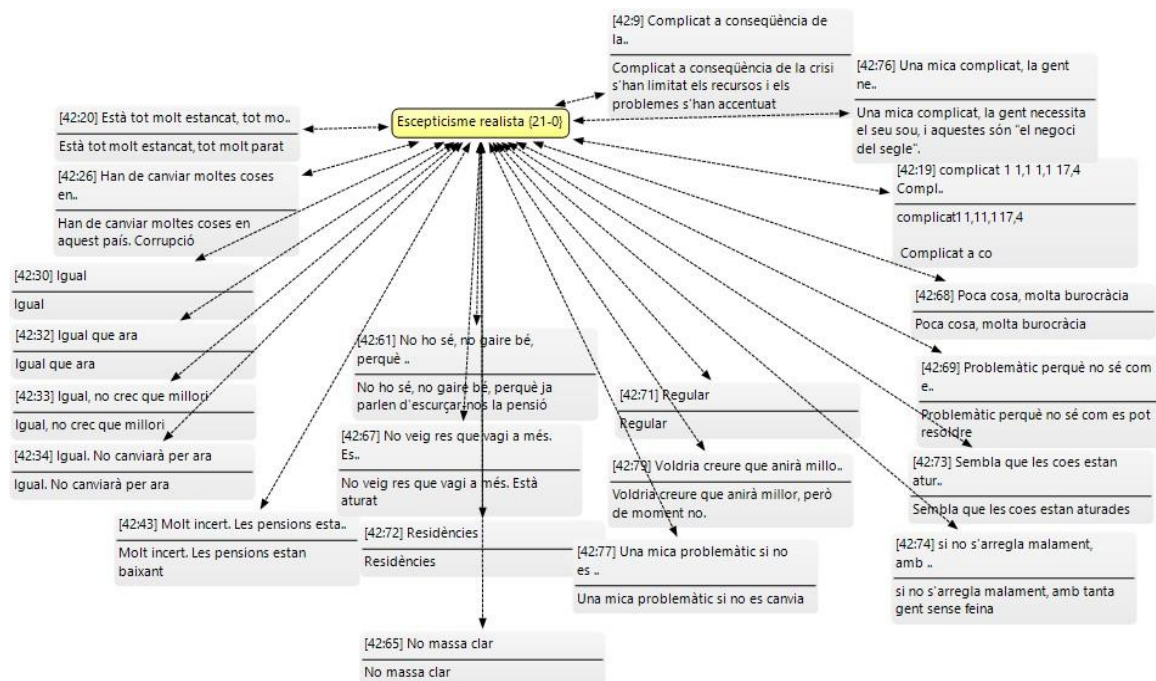
Actitud pessimista



Font: Elaboració pròpia

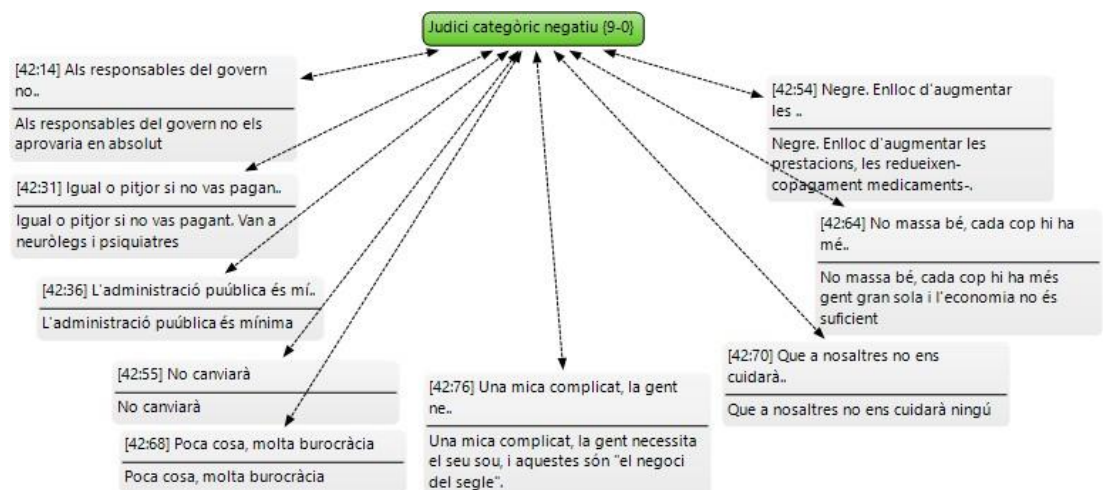
c) **‘Escepticisme realista’**: aquesta actitud presenta desconfiança, incredulitat i poca fe en la materialització de canvis en relació al futur immediat de les cures.

Gràfic 7.2.13 Escepticisme realista



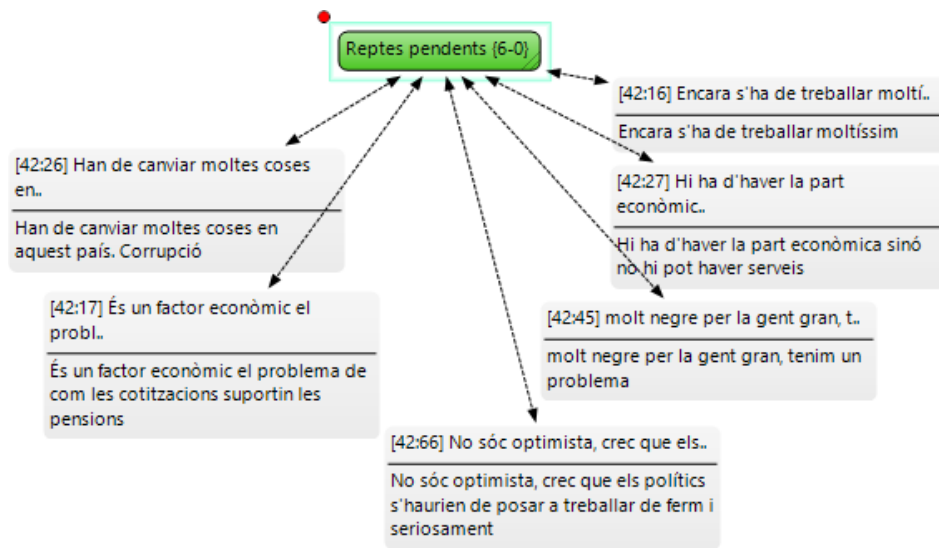
c) **‘Judici categòric negatiu’**: les expressions tenen una connotació negativa o pessimista però s’argumenta amb una mena de judici descriptiu la seva visió de la situació de futur.

Gràfic 7.2.14. Judici categòric negatiu



d) **‘Reptes pendents’** : s’apunta a possibles problemàtiques com el grau de corrupció, el problema de les pensions, l’augment d’inversió en serveis de cura, i la feina que “està per fer”.

Gràfic 7.2.15 Reptes pendents en relació a la cura



Font: Elaboració pròpia

7.2.2 L'ESPAI PÚBLIC¹⁰⁵:

La mirada de les administracions públiques sobre les llars

Per a l'anàlisi de les necessitats emergents de les llars condicionants de l'envelliment rural, i, a partir de l'anàlisi sociològica dels discursos de les persones representants del sector públic, sorgeixen les següents dimensions:

- *Canvis i transformacions sociodemogràfiques* en dites comarques rurals i a la ciutat de Lleida com a realitat urbana. Els resultats apunten a:
 - 1) Empobriment i diversificació de les llars familiars.
 - 2) Augment progressiu i generalitzat del sobreenvelliment i l'envelliment i de nuclis unipersonals formats per gent gran.
 - 3) Existència de l'estructura familiar tradicional pairal vinculada al món agrari rural.
- Com a trets propis del *context rural actual*:
 - 1) Pressió dels mecanismes de control social com a condicionants ideològics.
 - 2) Existència de xarxes informals i comunitàries d'ajuda i solidaritat.
 - 3) En relació a la necessitat de mobilitat residencial i laboral : insuficient xarxa de transport públic.
- Els *condicionants econòmics en un context rural post crisi* apunten a:
 - 1) Noves estratègies familiars per a suplir la manca de feina i l'atenció a la cura de les persones grans en situació de dependència; prevalència d'una cultura de l'estalvi i herència com a estratègia econòmica i de supervivència al món rural
 - 2) Economia agrària i ramadera que subsisteix en algunes comarques, no sense dificultats.

7.3 PROVISIÓ PÚBLICA I SOCIAL DE LA CURA

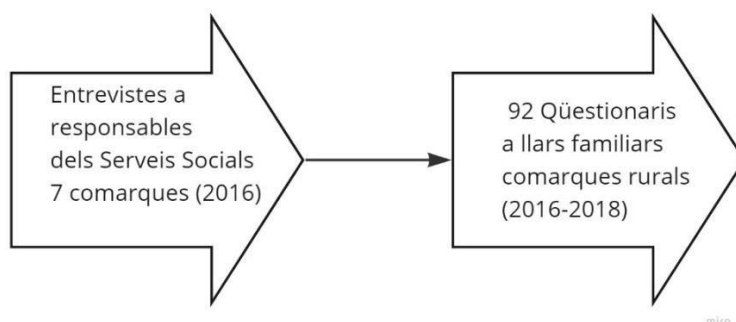
El tercer objectiu de la tesi (OG3) pretén analitzar l'estat de la *provisió pública de cures o polítiques de cura* a les llars familiars amb persones grans en situació de dependència en relació a la privatització -*mercantilització*- de la cura.

Els objectius específics són els següents:

OE3.1 Analitzar els discursos sobre la provisió social de serveis en relació a la cura de les persones grans

OE3.2 Identificar el tipus d'atenció i suport rebuda a les llars familiars amb persones grans i persones cuidadores

OE3.3 Explicar com s'articula la lògica dels discursos des de l'administració pública sobre les condicions en que es duu a terme l'externalització dels serveis



7.3.1 L'ESPAI DE LES LLARS: la seva mirada sobre els serveis públics adreçats a la cura

7.3.1.1 Percepció del grau de cobertura dels serveis de suport a la dependència

Les llars familiars majoritàriament afirmen que *no hi ha prou cobertura de serveis de suport a la dependència*.

Taula 7.3.1 Creus que hi ha prou cobertura de serveis de suport a la dependència

		Freqüència	Percentatge	Percentatge vàlid	Percentatge acumulat
Vàlid	Sí	5	5,4	5,6	5,6
	No	80	87,0	89,9	95,5
	No ho sé	4	4,3	4,5	100,0

Total		89	96,7	100,0	
Perduts	Sistema	3	3,3		
Total		92	100,0		

Les llars familiars en l'àmbit rural assenyalen com a **motius o causa del dèficit en la cobertura de serveis**: *la manca de serveis, la insuficient atenció sanitària i social, els motius econòmics, manca d'ajudes i recursos en relació a les necessitats de les famílies, manca d'atenció específica a la gent gran, soledat, i manca d'acció estatal*:

1) **Manca de serveis**: “a cada poble hi hauria d'haver un servei, hi ha gent gran mal cuidada”,

“A Vilanova no hi ha metge, un cop al mes, cal trucar a les Avellanés i demanar hora al metge”, “als pobles no i a la capital no ho sé”, “caldría més acompanyament voluntari o no a les persones grans”, “falten hores de SAD”, “falta SAD, personal, informació i donar més serveis”, “hi ha gent que necessita més serveis”, “no hi ha prou serveis, residències, centres dedicats a aquestes necessitats”, “en llocs rurals el SAD s'hauria de poder solucionar”, “si vols entrar a una residència, hi ha moltes llistes d'espera i les condicions laborals...”

2) **Insuficient atenció sanitària i social**: “caldríen més ajudes a les persones i que els metges fessin més seguiment”, “les treballadores socials podrien visitar els col·lectius i gent gran quan es reuneixen, un cop al mes”, “fan venir gent que no estan preparats”, “hi ha llistes d'espera. Haurien de facilitar més centres de dia, més treballadors”, “en podria haver més, problemes polítics”. “es necessita més del que es dona, hi ha molta gent sola i desemparada”, “és insuficient”, “es queixa molta gent que no hi ha el suficient”, “està molt oblidat”, “falta gent”, “sempre et fan esperar (CAP”, “si algú es posa malalt no hi ha ningú”.

3) **Motius econòmics**: “econòmicament, hauria d'estar més assistit”, “econòmicament hi ha famílies que necessiten”, “el problema són els diners”, “el seu germà no pot pagar a una persona”, “en falta mitjanament, són serveis que hi ha gent que no pot pagar”, “hi ha massa despeses on no es pot arribar”, “manquen ajudes econòmiques”, “jo necessitaria que m'ajudéssiu més per a no quedar-me tant pelada”, “justet”, “perquè no arriben els diners i les residències són molt cares”, “hi ha mancança d'ajudes i finançament”, “públics no, pagant sí”, “la gent necessita moltes coses i tot ho racionen i no s'hi arriba”, “si hi hagués més ajuda econòmica, la cuidadora treballaria”.

4) **Manca d'ajudes i recursos en relació a les necessitats de les famílies:** “falten molts recursos. Els qui ens dediquem a cuidar, hem de renunciar a moltes coses”, “zero, perquè t’has de buscar la vida”, “no en donen. Ho has de demanar i et fan perdre temps”. “no n’hi ha quasi cap. Ens haurien d’ajudar més”. “no se’n veu, d’ajuda”, “perquè estàs lligada”, “perquè hi ha gent que ho necessita i no ho tenen”, “perquè em costa molt arribar-hi, perquè s’atén millor als de fora que als de casa i nosaltres hem pagat”. “per totes les mancances que hi ha . No hi ha una educació o formació de persones paral·lelament amb la fam”, “pel que sento dir, una mica més no aniria malament”, “perquè no arriba el suficient”, “perquè ja veus que l’ajuda no arriba, no en tens, i s’ n’has de tenir hauria de ser més ràpida”, “sí que s’hauria d’ajudar a les persones dependents. La societat no està preparada per això”.

5) **Manca d’atenció específica a la gent gran, soledat:** “hi ha moltes barreres arquitectòniques. La llei de la Dependència és bona però no es duu a terme”, “hi ha molta gent que no té ningú. Gent sola a casa, a residència hi ha molta gent que no té ningú”. “estem magnificant, és un factor més que un problema social. Cada vegada hi haurà més pensionistes”, “hi ha molts problemes”, “hi hauria d’haver més ajuda governamental, les persones grans mereixen un retorn de tot el que han donat”, “no està resolt el tema de la gent gran, ni les ajudes públiques”, “no hi ha prou ajudes per les persones grans”, “fan falta per a aquestes persones”, “perquè hi ha molta gent sola”, “perquè hi ha molta gent sola i manquen ajudes”,

6) **Crítica a l’acció estatal:** “L’Estat ha procurat per ell més enlloc que per als altres”, “L’Estat hauria de fer més”, “falta molta cosa, els que manen haurien de tenir més *cuidado* pels vells, no hi ha suficient respecte”, “per això hem pagat tota la vida”, “per com s’organitza l’administració”, “suposo que estan saturats o malfet pel govern”. “Perquè no s’arriba a tot arreu, no es destinen prou recursos”, “pública, no”, “si has cotitzat hauríem de poder tenir ajudes”, “si no vas a preguntar, ells no saben que existeixes”.

7.3.1.2 Propostes des de les llars per a una organització social de la cura

Com hauria d’organitzar-se la societat per a proveir d’una cura de qualitat a les persones en situació de dependència? Les respostes en veu de les persones responsables de la cura familiar s’ordenen per nombre de respostes segons categoria:

Quadre 7.3.1 Categories sobre organització social de la cura

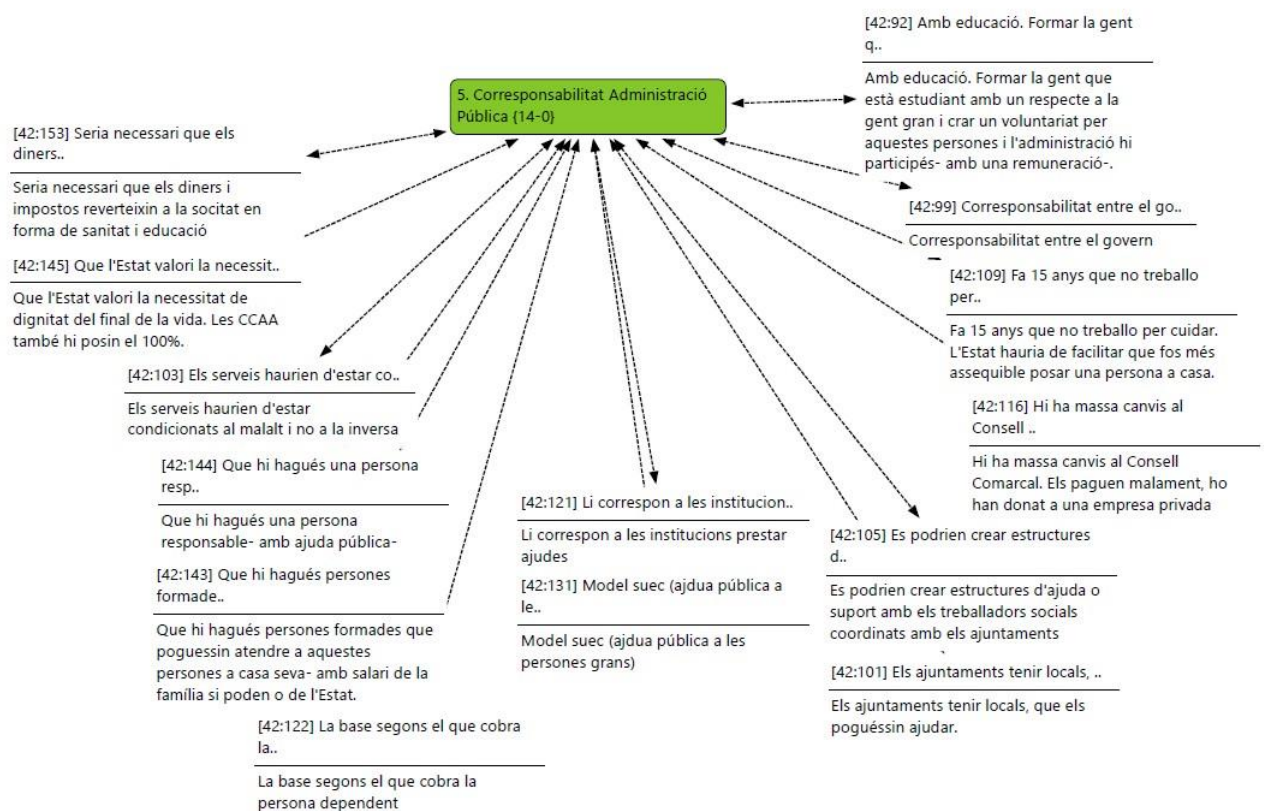
Administrador de còdigos [UH: CGC 22 MAY 20]
 Códigos Edición Miscelánea Imprimir Visualizar

Familias	Nombre	Fundamentado	De...	Autor	Creado	Modifica...	Familias
Mostrar todos Códigos	5. Formar voluntariat per la cura	1	0	Super	05/01/20...	07/01/20...	COM HAURIA DE SER ORGANITZ
Assentament i moment actua	5. La familia responsable cures	2	0	Super	05/01/20...	07/01/20...	COM HAURIA DE SER ORGANITZ
COM HAURIA DE SER ORGANITZ	5. Escepticisme i incertesa	7	0	Super	05/01/20...	07/01/20...	COM HAURIA DE SER ORGANITZ
ENTREVISTES CONSELLS COM	5. Externalització serveis públics	1	0	Super	05/01/20...	07/01/20...	COM HAURIA DE SER ORGANITZ
GD DONES FAMÍLIA PAIRAL (0)	5. Preferència cura a casa	9	0	Super	05/01/20...	07/01/20...	COM HAURIA DE SER ORGANITZ
Imaginari i expectatives proje	5.Flexibilitat horària i laboral, conciliació laboral i familiar	4	0	Super	05/01/20...	07/01/20...	COM HAURIA DE SER ORGANITZ
Lloc de procedència (4)	5.Reorganització social cures	2	0	Super	05/01/20...	07/01/20...	COM HAURIA DE SER ORGANITZ
Motivació per a emigrar (6)	5. Rebre ajuda en les cures segons necessitats	10	0	Super	05/01/20...	07/01/20...	COM HAURIA DE SER ORGANITZ
Records d'adolescència (4)	5. Serveis Atenció domiciliària	7	0	Super	05/01/20...	07/01/20...	COM HAURIA DE SER ORGANITZ
Records de joventut (5)	5. Educació en les cures	6	0	Super	05/01/20...	07/01/20...	COM HAURIA DE SER ORGANITZ
Records infantesa (3)	5. Augmentar eficiència Administració Pública	9	0	Super	05/01/20...	07/01/20...	COM HAURIA DE SER ORGANITZ
Situació familia origen (29)	5. Canvis respecte a l'expectativa cura fills i filles	1	0	Super	05/01/20...	07/01/20...	COM HAURIA DE SER ORGANITZ
	5. Augment hores atenció	4	0	Super	05/01/20...	07/01/20...	COM HAURIA DE SER ORGANITZ
	5. Augment Serveis Cura	5	0	Super	05/01/20...	07/01/20...	COM HAURIA DE SER ORGANITZ
	5. Contractació externa personal cures	1	0	Super	05/01/20...	07/01/20...	COM HAURIA DE SER ORGANITZ
	5. Cura professional a domicili	8	0	Super	05/01/20...	07/01/20...	COM HAURIA DE SER ORGANITZ
	5. Dificultats i complexitat organització cures	4	0	Super	05/01/20...	07/01/20...	COM HAURIA DE SER ORGANITZ
	5. Corresponsabilitat Administració Pública	14	0	Super	05/01/20...	07/01/20...	COM HAURIA DE SER ORGANITZ
	5. Crear noves alternatives cura	3	0	Super	05/01/20...	07/01/20...	COM HAURIA DE SER ORGANITZ

Font: Elaboració pròpia

Gràfic 7.3.1 Propostes de les Ilars: Corresponsabilitat pública

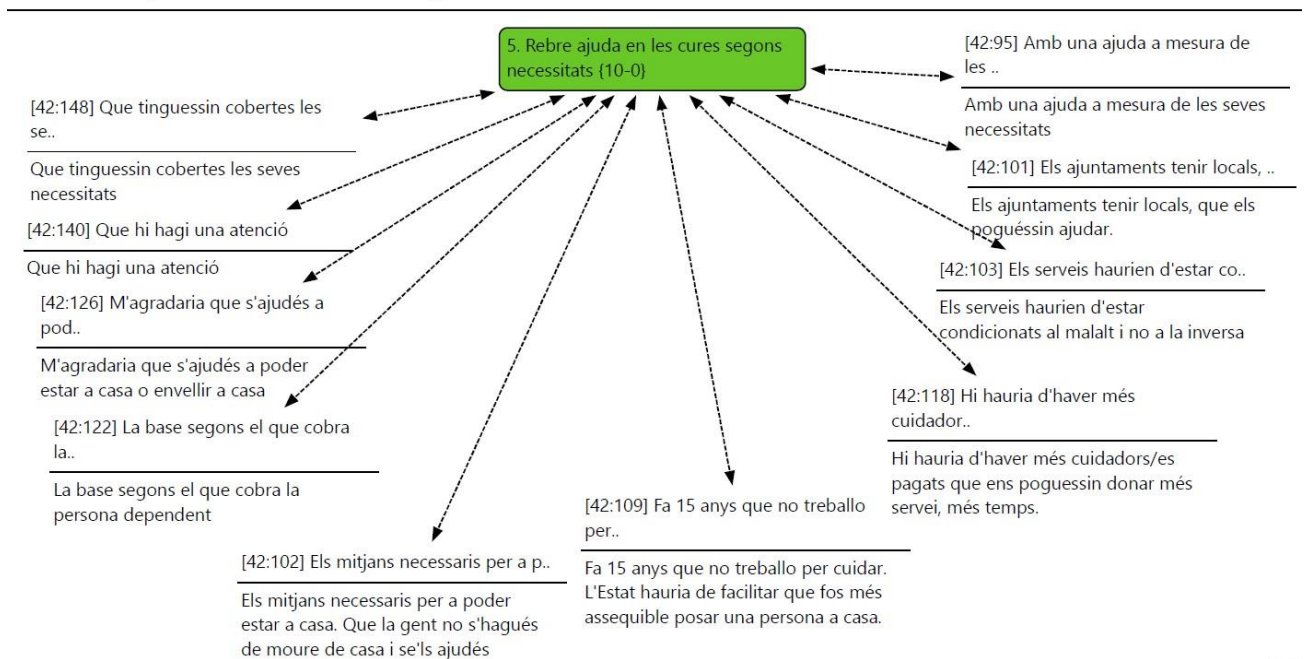
5. Corresponsabilitat Administració Pública



Font: Elaboració pròpia

Gràfic 7.3.2 Propostes de les Ilars: Rebre ajudes segons les necessitats

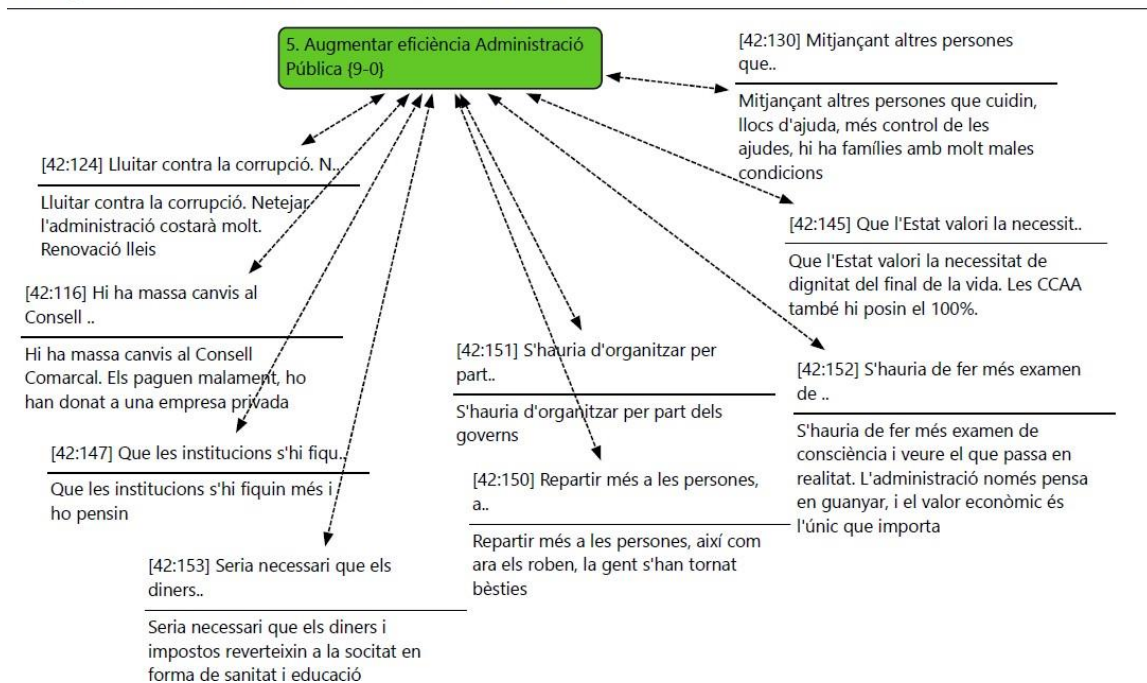
5. Rebre ajuda en les cures segons necessitats



Font: Elaboració pròpia

Gràfic 7.3.3 Propostes de les Ilars: augmentar eficiència administració pública

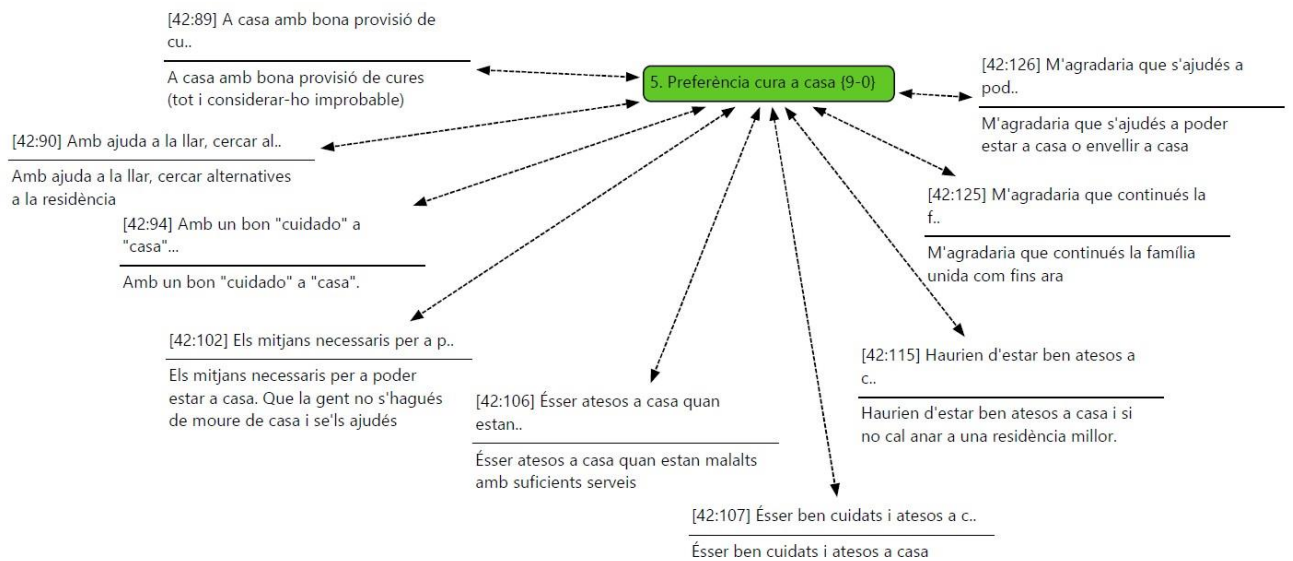
5. Augmentar eficiència Administració Pública



Font: Elaboració pròpia

Gràfic 7.3.4 Propostes de les llars: Preferència cura a casa

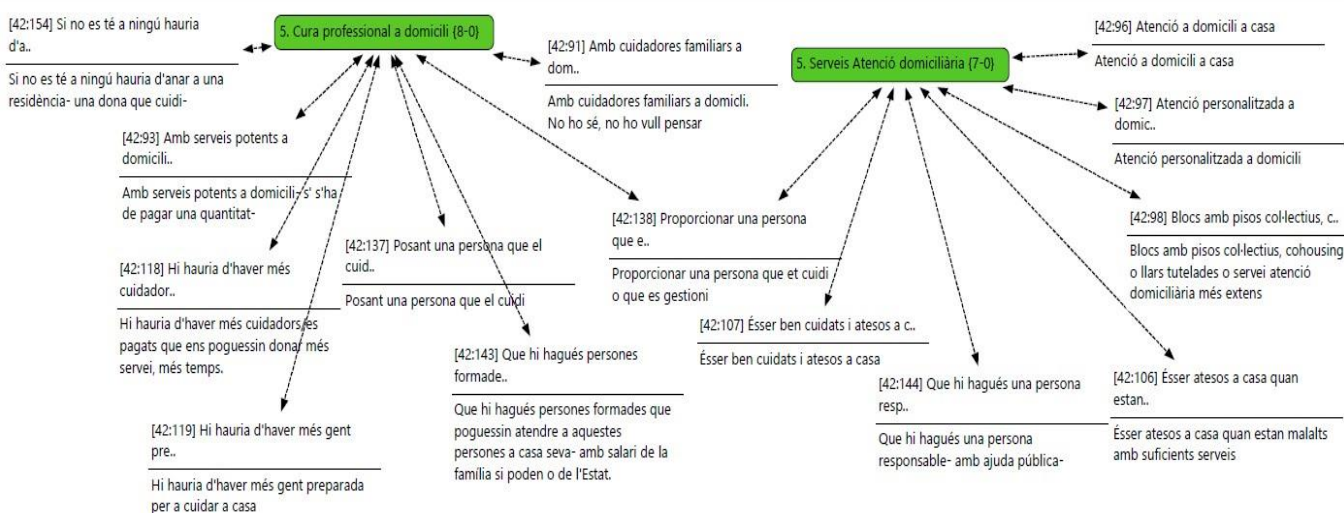
5. Preferència cura a casa



Font: Elaboració pròpia

Gràfic 7.3.5 Propostes de les llars: Cura professional a domicili i serveis d'atenció domiciliària.

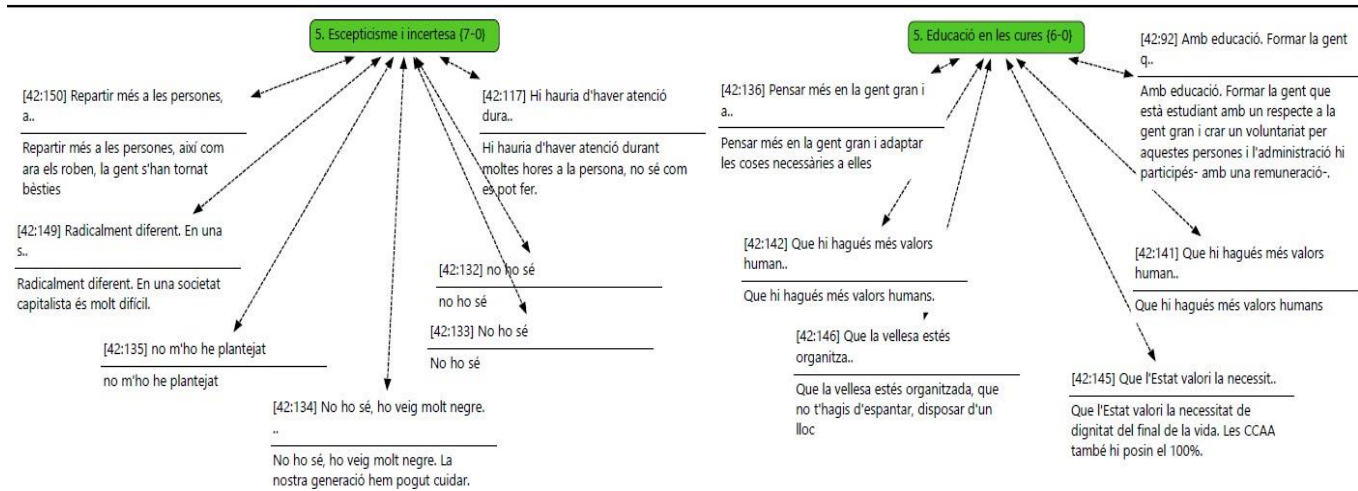
5. Cura professional a domicili, 5. Serveis Atenció domicili..



Font: Elaboració pròpia

Gràfic 7.3.6 Propostes de les Ilars: Escepticisme i incertesa/ Educació en les cures

5. Escepticisme i incertesa, 5. Educació en les cures



Font: Elaboració pròpia

7.3.2 L'ESPAI PÚBLIC: la visió des de L'ÀREA DE SERVEIS SOCIALS COMARCALS

La provisió social de serveis públics en relació a la cura de les persones grans segons les pròpies organitzacions públiques locals ve caracteritzada pels trets següents:

- Els Serveis Socials d'atenció i suport a les persones han evolucionat durant els darrers vint anys, creixent en especialització, nombre de persones treballadors/es, ampliació de competències i grau de cobertura. El traspàs de les competències dels Ajuntaments als Consells Comarcals ha estat un tret distintiu pel que fa al grau de cobertura al món rural lleidatà.
- La diversificació i creixement de serveis també ha estat significativa, no obstant, avui s'afronten problemàtiques i obstacles en relació a : Insuficient nombre de places públiques residencials o concertades en centres privats. Insuficiència de recursos i cobertura horària de serveis d'atenció domiciliària. El repte de l'Atenció domiciliària. Externalització de la gestió SAD i teleassistència. Les administracions públiques en el lliure mercat de cures. Reticència a la cura per part de persones de fora i Centres de Dia que no s'omplen. Limitat i insuficient suport a cuidadors/es. Les ajudes de la Llei de la Dependència són insuficients, i arriben tard
- Els serveis públics afronten el repte de crear serveis més flexibles i adaptats a les necessitats actuals de les persones, el repte de millorar la mobilitat i augmentar el transport adaptat.

7.3.2.1 Evolució, traspàs de competències dels Serveis Socials (SS) municipals als Consells Comarcals.

A principis dels noranta, es traspassaren els Serveis Socials dels Ajuntaments als Consells Comarcals.

Al començar hi havia 4 treballadores socials, un educador no titulat i es va posar la figura del coordinador, abans d'això no es feien tots els municipis, i les 2-3 treballadores socials anaven als municipis que els havien demanat i feien una aportació econòmica, no hi entrava Balaguer, i fins els 90, tres treballadores socials estaven al Consell Comarcal i anaven als pobles, a partir d'aquí es traspassaren competències als consells comarcals i els ajuntaments li cedeixen les competències i al 95 s'agafa un coordinador, amb un conveni marc anual entre Benestar social i Consell Comarcal i municipis i a partir d'aleshores es cobriren tots els pobles, es traspassaren les competències del SAD, abans de la Llei de la dependència, es feia un suport amb els veïns i es cercaven cuidadors, però només es feia per voluntat i no tenien cap preparació. En vint anys ha canviat molt, ara hi ha CDIAP, SAD, Cotxes adaptats. (Consell Comarcal la Noguera)

Inicialment...abans de que sortís la Llei d'obligatorietat de Serveis socials l'ajuntament ja en tenia, al 91 la Llei diu que tots els Ajuntaments de menys de 20.000 habitants, els Consells comarcals tenen les competències de Serveis socials, donat que l'Ajuntament de la Seu ja en tenia, l'acord de l'Ajuntament de la Seu i el Consell comarcal va ser: - vosaltres manteniu els vostres i creem, els de Comarca. Això és va aguantar un temps, l'educador era una figura molt novedosa, i aleshores es va decidir que l'educador de l'Ajuntament passés a ser l'educador de Comarca però la treballadora social que aleshores hi havia es va quedar a l'Ajuntament de la Seu.(Consorti d'Atenció a les persones, Consell Comarcal Alt Urgell)

Durant les darreres dècades, els Serveis Socials (SS) comarcals han crescut en nombre de serveis, persones treballadores i grau d'especialització. En algunes comarques com l'Alt Urgell, Pla d'Urgell els Serveis Socials passen a anomenar-se àrea de Serveis a les Persones o d'Atenció a les Persones.

Sota el paraigua de la direcció de SS estaria: SS atenció primària, la residència amb les assistides i el centre de dia, el CDIAP, el sociosanitari quedaria més lligat a Salut, i també indirectament joventut i immigració, a nivell de planificació i seguiment, la financiació és una altra via però l'estructura organitzativa sí que depèn de la Direcció de SS i la dona. (Departament de Benèster e Salut Conselhèra responsable del Departament de Torisme i Desenvolupament econòmic, Comarca de l'Aran)

Malgrat la crisi, nosaltres hem augmentat els serveis, tot i les dificultats que té l'administració pública per contractar, si que hem anat creixent, hem passat d'una àrea de SS on només hi havia treballadors socials i educadors, a tenir molt serveis, a tenir Centre obert a Mollerussa, centre obert itinerant a la resta dels pobles, hem passat a tenir un centre de distribució d'aliments, a especificar-nos amb el tema de gent gran, ja no som SS purament, som Àrea de serveis a les persones, i hem inclòs la part del SOC, d'habitatge..ocupació i joves.(Comarca del Pla d'Urgell. Coordinadora responsable Àrea Serveis Socials)

Ara és l'àrea d'atenció a les persones, hi ha hagut canvis en com es veuen els serveis socials, de la implicació dels ajuntaments que cada vegada demanen més informació sobre els SS, que cada vegada la gent té més coneixement dels SS...les problemàtiques

any a any més importants són salut i discapacitat, en gent gran manca d'autonomia personal i salut mental, l'any passat la problemàtica amb escreix és la de salut mental.(Comarca del Pla d'Urgell. Coordinadora responsable Àrea Serveis Socials)

El nostre consorci que es va crear l'any 2009, ajuntant ajuntament i consell comarcal, la meua trajectòria va ser, l'any l'any 89 vaig entrar a l'ajuntament de la Seu, al 91 vaig entrar al consell comarcal i del 91 al 2009 que es va crear el Consorci, vaig estar al consell comarcal. Al consorci vam ajuntar els dos equips tècnics, el de l'Ajuntament de la Seu i el del Consell Comarcal. Inicialment, el Consorci només havia de ser de Serveis socials bàsics, a nivell polític van apostar per un Consorci d'Atenció a les persones on hi ha polítiques d' Igualtat, Gent gran, Serveis socials, Immigració, Atenció precoç, servei d'atenció a la violència de gènere masculista (Comarca Alt Urgell)

Així i tot, encara es reclama més exhaustivitat i concreció en relació a “tot allò que forma part de Serveis Socials” i altres problemàtiques familiars lligades a la manca de recursos, com el cas de l'habitatge, per exemple, degut a la manca de desenvolupament de polítiques d'habitatge al nostre país.

Nosaltres en els serveis socials hem hagut d'incorporar programes de parentalitat positiva, entrar en un altre àmbit...és a dir, per un costat, tot lo que és “asistencialismo puro y duro” continua recaient als serveis socials i tots els sistemes continuen dient “esto es de servicios sociales” lo cual es un error porque si uno no tiene vivienda, és de vivienda, que más da si esta persona sea alta, rubia, tenga cinco hijos o veinte, es un problema a resolver des d'habitatge, no sols dels serveis socials, i això és molt fort, -este no tiene trabajo, esto es de servicios sociales, tot allò que del propi sistema, de cada sistema se sale de la norma, “pallá”, tot allò que és diferent a la majoria, no s'integra al sistema educatiu, a servicios sociales, no, perdone, qué hace el sistema educatiu que hace que hi ha un sector de la seva població que no consigue incorporarse, no es un tema de servicios sociales, alguna cosa ha de fer...el sistema de salut. (Ajuntament de Lleida, Cap de Serveis Socials)

S'assenyala una difusa imatge del que suposa l'Estat de Benestar ara mateix, *una clara diferència entre les expectatives creades a la ciutadania per part del govern central* i les possibilitats reals de provisió de serveis a la cura de les persones grans amb manca d'autonomia.

Els SS han evolucionat des de fa uns 10-12 anys, el creixement ha estat durant els últims anys. L'Estat del Benestar (EdB) en que es donava més responsabilitat al govern i amb aquest retrocés que tenim ara en que torna a ser una altra vegada, la família i la persona qui ha de córrer amb l'EdB, i ens trobem que entre la teoria i la pràctica hi ha un descalaix, el govern ha de prendre partit i ha de decidir quin és l'EdB, el que va sortir van dir que donava provisió molt als serveis, el feia molt extensiu, molt universal, però després ens hem trobat que aquesta teoria no anava acompanyada d'accions pràctiques i amb un pressupost pràctic...estem en un moment que s'ha de redefinir perquè el que volem és el que no tenim, perquè si això no ho diu clar, la gent té exigències que no es poden complir, i les expectatives no complertes són decepcions. (Àrea de Serveis Socials, Consell Comarcal La Segarra)

7.3.2.2 Reptes i problemàtiques referents a la cobertura dels serveis públics d'atenció a les famílies en situació de dependència

Les responsables dels Serveis Socials comarcals comparteixen el fet del *dèficit de cobertura pública i insuficiència en relació a les places residencials públiques i concertades a entes privats.*

Hi ha una gran demanda pública de places, aquí el que faltaria és que la Generalitat fes una aposta agosarada, per concertar places en centres privats. Tenim llista d'espera en centres públics o en places concertades. (Comarca de les Garrigues.Coordinadora responsable de l'Àrea de Serveis Socials)

Sí, el tema de residència, que les places són limitades, i en falta de places de residència, s'estan fent gestions...però és clar, estem a la conjuntura econòmica que estem, la privada concertada està plena, la privada només també està plena, està portada per una comunitat de monges, las Hermanitas de los desamparados i van fent com una altra funció, que estan fent molt bona feina, és una residència espectacular, super bonica, però bueno, és privada i els criteris d'accés, són seus, té 120 places, però clar, agafa gent d'Andorra.(Comarca Alt Urgell)

Pel que fa als Centres de Dia (CD) o centres d'atenció diürna, quan van iniciar-se, hi va haver certa reticència per part de les famílies: *“Quan van començar els Centres de Dia la gent no els hi volia portar, perquè deien, què diran! ...a la llarga ja ha entrat, ara ja hi som!”*(Comarca de les Garrigues).

Així i tot, encara avui, hi ha places lliures en algunes comarques perquè no tothom l'accepta com a servei. En casos de malalties neurodegeneratives moderades o mig avançades o quan és una decisió que pren només la família, hi ha més acceptació: *“la gent que mínimament pot no hi vol anar, la decisió personal és aquesta, la que té capacitat per pensar, no hi vol anar, i la gent que està molt malament molt malament acaba perquè claudica la família, sobretot amb els Alzheimer això passa...no poden dominar-los i necessiten un recurs.”* (Comarca La Noguera).

Per altra banda, existeix una ambivalència en relació a les necessitats de les famílies i la forma en que es despleguen els serveis, amb horaris rígids d'entrada o recollida, certa resistència per part de les famílies a l'hora d'acceptar aquests serveis com a idonis. És a dir, els serveis no s'adapten a les necessitats de les persones sinó a la inversa, les persones han d'adequar-se i adaptar-se als serveis.

Hi ha molt poques places de Centre de dia (CD) a Balaguer i no s'omplen, se'n va muntar un de privat i va haver de tancar. (Comarca La Noguera)

Clar, el Centre de dia és molt bon recurs per a intentar mantenir a la persona a casa però clar, si tu treballes a Andorra i tu treballes set hores o vuit hores, automàticament deixes

a l'avi a les nou del matí, i el vas a buscar a les sis-set de la tarda..., per tant, hem de mirar que l'avi hi vulgui anar, per què, perquè vingui a sopar i a dormir,...això és complicat, cada vegada la gent és més oberta, sobretot de municipis grans com la Seu, però clar de municipis petits com Tuixén, pobles petitets, el que volen és quedar-se al seu lloc, què passa, què fan les famílies, les famílies intenten aguantar el màxim fins que veuen que l'avi no té una qualitat de vida al seu domicili...recursos per això, pues complicat. Tenim el servei d'ajuda a domicili, és nostre però solament tenim quatre treballadores familiars, per tant no arribem a tot arreu, hi ha copagament sempre i quan puguin fer-ho, hi ha uns criteris bàsics, si han de pagar paguen una part, sinó és completament gratuït. I la gent que més o menys pot, què fa? Es busca una persona...vale? (Comarca Alt Urgell)

Les residències van creixent, els CD estan buits encara, tot i tenir-ne vuit a la comarca i dos centres de serveis, els CD no estan plens, pel que et deia, que la gent que mínimament està bé vol ser a casa, els CD aquí els tenim tots públics o amb places acreditades, el que passa és que els CD tenen places vacants a la comarca, estem molt desproporcionats nosaltres amb això, tenim vuit residències, en el seu moment la gent va apostar, els ajuntaments a Palau és municipal, a Mollerussa també, suposo que facilitava els terrenys municipals, estem molt ben comunicats, això sí que es veritat. (Comarca Pla d'Urgell)

És en aquest sentit que es planteja com a positiva la creació d'una alternativa als Centres de dia, sota un criteri de proximitat i flexibilitat d'accés i que permeti la conciliació familiar, l'obertura de *Centres de Serveis ubicats en els petits pobles, adreçats a les persones grans*, per a que no hagin de moure's i traslladar-se lluny de casa.

Ens plantegem als pobles més petits el que és el "Centre de serveis", per dir, com a mínim el tema dels àpats, per si la filla treballa, que puguin anar a aquest centre, que ja no és un preu tant exagerat com el CD, que tinguin un espai en que no estiguin sols mentre l'altra gent és a treballar, el que passa és que encara als pobles ens costa molt, de Centres de serveis se'n va obrir un a Bell-lloch, intenten fer activitats d'estimulació, manualitats, el dinar, esmorzar, dinar i sopar, dutxes si convé també i s'adapten a l'horari, però ens costa molt, la gent de poble això encara ho veu molt complicat, -si en el fons és per a que estiguis acompanyat perquè allí us trobareu la gent del poble, però -jo ja m'estic a casa, que ja estic bé a casa..ens costa molt fer entendre a la gent que això és un recurs i va en el seu benefici...com a mínim el dinar, aquí a Mollerussa vam obrir amb la Fundació Catalunya la Pedrera el programa Dina en companyia, per la gent gran que viu sola, a un preu de 3€, per les pensions que tenen els padrins és assequible.(Comarca Pla d'Urgell)

També s'assenyala com a repte *el paper de l'Atenció Domiciliària actual (SAD)* ja que es reconeix com a insuficient en cobertura horària i en general, com a recurs òptim que pugui resoldre les necessitats de les famílies: "És un ajut feble" o "vint hores de suport no serveix per a res, serveix de poc".

En l'àmbit de l'atenció domiciliària, que hemos vendido, i que a tots els països és una alternativa molt potent per a evitar l'internament, i que llevat de casos on aquesta intervenció hauria de ser 24h i 365, on lògicament hauria de ser més barat, (parlo des d'un enfocament econòmic) un centre residencial i l'atenció domiciliària i lo que està clar és que 20h de "apoyo no sirve para nada, sirve para poco.(Ajuntament de Lleida)

L'ajut a domicili que oferim és un ajut feble, és un suport, però si has de confiar de l'ajuda pública, malament ho tens, tens un suport...però no és suficient com per a organitzar la vida d'una persona, tu amb la dependència. (Comarca de les Garrigues)

La gent et diu- és que el que em dones no em cobreix (SAD) el que fan és complementar amb l'ajuda familiar el que nosaltres no acabem de cobrir.(Comarca del Pla d'Urgell)

També encara en alguns territoris rurals, el fet que una persona desconeguda vingui a casa teva a donar-te suport a la cura, és vist per les persones grans amb cert escepticisme, pel fet mateix que la cura es basa o hauria de basar-se en relacions de confiança, empatia i complicitat.

En el cas de persones que viuen soles, a vegades decideixen anar a la residència però quan els dius que pot venir una persona de fora, també amb el SAD, volen saber qui serà, qui vindrà, és una persona de fora, quan ets tu qui va a oferir el servei, costa més de treballar-ho, primer ha d'acceptar que no ho pot fer...i es comença a poc a poc, primer una hora..i si un dia després aquella persona no hi pot anar, ho troben a faltar. (Comarca Alta Ribagorça)

Aquesta insuficiència de cobertura, que no cobreix la necessitat de les famílies, les obliga a recórrer al suport privat.

El paper de les residències està clar, però el que no està clar és l'assistència domiciliària, perquè està pensada amb poc acompanyament, i hi ha famílies que la volen però amb molt acompanyament, la necessitat emergent que veig, que no està pensada ni programada, és que quan la persona resta a casa, la família està d'acord amb que resti a casa, no té un suport suficient si no és a través de recursos privats. Ni amb recursos privats és suficient perquè no està preparada l'estructura per donar aquest suport i han de recórrer a lo privat. (Comarca de la Segarra)

Un altre repte, molt important, fa referència a la *manca de suport a les persones cuidadores i a les famílies* que han de desplegar múltiples estratègies per a poder donar atenció i cobrir les necessitats de les persones grans, considerant el tipus mig de poder adquisitiu de moltes llars familiars, que provenen de treballs autònoms al sector agrícola, amb pensions baixes.

La veritat és que no tenim recursos específics per a cuidar els cuidadors.(Comarca Pla d'Urgell)

No tant amb gent gran, que també, ho diuen molt les famílies amb persones amb discapacitats, ens hem de fer càrrec d'algué que no pot aixecar-se, els medicaments que són molt cars, és un preu disbaratat a finals de mes, per exemple ens diuen, els bolquers entren, però no els empapadors del llit, no entren, els empapadors són molt cars i en gastem molt, i són coses que dius, tenim un dret subjectiu de la dependència però no compensa amb el que val mantenir aquesta persona a casa i moltes coses no arriben i veiem que la persona gran que és la que té una pensió, que les pensions de la comarca, com que venim del món agrari, són de 550€, que fins i tot alguna, amb les reestructuracions familiars, amb les separacions, sobretot és la dona qui torna a la família, amb els fills a casa dels pares, uns pares que acaben dependents i si la dona no treballava, qui els manté és el pare i a més a més té una dependència i hem passat de viure una persona amb una pensió de 600 a quatre amb aquesta pensió i sobretot ens passa amb les discapacitats, tenim un problema que és una persona amb discapacitat i

a sobre el problema de tot el que val mantenir aquesta persona a casa i que nosaltres estem mancats, i com a administració no podem donar cobertura a tot el que se'ns demana..no podem donar cobertura, per ex, el SAD, que els ajuntaments han d'aportar una part d'aquest servei, i ja ho fan, però et diuen, com menys hores millor, no? no podem donar més hores, perquè no podem pressupostàriament. (Comarca Pla d'Urgell)

Si es compara la situació del nucli urbà de la ciutat de Lleida, el fet de disposar de més recursos i serveis en un espai concentrat, com l'espai urbà, permet el desplegament d'uns serveis més complexos i la creació d'espais alternatius adreçats a persones cuidadores que no s'estan desplegant a les comarques rurals, amb la seva dispersió de nuclis.

A nivell de Lleida, des dels SS de Lleida, hem fet una aposta, precisament per un model continuat, consolidat de suport a les famílies, perquè pensem, sobretot, que hi ha coses que no valen tants diners, que no valen tants diners, i que realment donen suport a les famílies. Nosaltres venim fent, vam fer alguna prova pilot al 2007, i des del 2011 se fa continuadament, suport en quin sentit? Suport a cuidadors,i, és el programa de teatre terapèutic, s'estan fent, ha començat aquest any i estem tancant el cicle...una obra de teatre, ells creen l'obra, a partir de les seves experiències, dels seus... el teatre és també una eina d'alliberar tensions...aquest és el model de suport que hi ha a Lleida...això acompanyat de programes de respir: tenim un servei... respir a domicili. Una persona cuidadora durant tres-quatre mesos, una vegada per setmana tres hores seguides, quatre hores seguides, algú te substitueix perquè tu puguis fer allò que vulguis: anar-te'n a la peluqueria, anar a fer un cafè, "lo que sea". Lo que sea... aquest és el programa de respir.(Cap de Serveis Socials, Ajuntament de Lleida)

No existeix, a les comarques rurals, una estratègia planificada i continuada de suport a les figures cuidadores, ni un punt de referència on puguin expressar les seves pors, tristeses, preocupacions en termes de cura.

Què passa amb aquelles famílies que tenen persones grans a casa? Aquí, tret de la formació aquesta que fa la Generalitat pròpiament, els tenim poc cuidats, és veritat...la gent està molt sobrepassada, les famílies quan vénen, vénen perquè ja no poden més, perquè ja estan super desesperades. (Pla d'Urgell)

Ho valoro molt malament perquè no es dona aquest nivell suport. Es dona a nivell individual però si hi ha per part del professional temps a fer-ho, però no està estructurat, no està preparat, no hi ha plans concrets d'actuació amb això, hi ha iniciatives..de donar suport, d'aquí al consell o del CAP, però són iniciatives professionals, i responen si hi ha temps o no hi ha temps, o hi ha voluntat o no n'hi ha, llavors la majoria de cuidadors no tenen aquest suport, i es prepara per llocs on hi viu més gent, però als pobles més aïllats, als més petits, això no està preparat, aquesta és una necessitat que no està coberta (Comarca La Segarra)

7.3.2.3 Externalització de la gestió del Servei d'Atenció Domiciliària (SAD) i de la teleassistència. Les administracions públiques en el lliure mercat de cures.

Des de les seues comarcals es reconeix el trasvassament de la gestió pública als serveis privats. Això és, els serveis s'externalitzen a altres empreses mitjançant concurs públic on el criteri econòmic acaba determinant el tipus de relació que crea l'Administració Pública, tot i reconèixer que haurien de regir altres criteris com el de proximitat, el tipus d'entitat i finalitat d'aquesta, i criteris com l'Economia Social i Solidària. No existeix unificació de criteris entre comarques en aquest sentit i cada comarca decideix com i en base a què efectua aquesta externalització. El criteri "d'ajustar-se al mercat de cures" existeix, és a dir, la mercantilització de la cura a través de la cura privada o dels serveis es duu a terme de moltes formes, i l'externalització és una d'aquestes.

Aquestes empreses (grans corporacions de serveis) van a rebentar els preus, és així. (Comarca les Garrigues)

Si tu ets de la comarca, no em diguis que els teus costos han de ser superiors a una altra empresa, has de buscar un sistema perquè et puguis igualar una mica, però sobretot a nivell tècnic, que suma molt...(Comarca les Garrigues)

El problema que tenim a la comarca és la gent. Nosaltres oferim feina molt precària, perquè necessitem gent en unes franges horàries molt concretes, per tant necessitem molta gent amb poques hores. (Comarca les Garrigues)

Teleassistència inicialment ho teníem amb Creu Roja de Lleida, després ho vam treure a concurs, un concurs negociat, vam parlar amb ells, i clar, ens ho oferien molt bé de preu la resta i ells no hi havia manera que baixessin preus...al final ho van perdre tot. (Comarca les Garrigues)

Existeixen clares dificultats de sostenibilitat per part d'empreses d'economia social o entitats socials per a poder competir amb els preus de les grans corporacions que imperen en el mercat de cures

S'havia intentat, anys enrera, en atenció domiciliària, amb persones emprenedores, ajudar-les a montar-se una empresa, abans de la crisi, perquè semblava que havíem d'apostar molt pel sector social, però no va acabar de tirar...per dos motius, un perquè a la nostra comarca no som massa emprenedors, i l'altre la mentalitat de la gent de la comarca, costa molt de deixar anar un diner..

O aquestes empreses socials es mentalitzen, hem de fer bé les coses a nivell tècnic, a nivell de presentar els projectes, després es queixen, que no els ho volem donar...

L'administració fa un concurs, i s'ho queden les grans empreses, però qui no va als xinos a comprar? i penses, a nivell de producció, quan pot valdre això? (Consell Comarcal Les Garrigues)

Per altra banda, s'exigeix flexibilitat en relació als preus a les empreses que donen aquests serveis, un dels quals, el servei de teleassistència, està molt estès i gaudeix d'àmplia cobertura en moltes comarques rurals.

Crec que les empreses han de ser més flexibles, i ja no es pot cobrar tant potser, estic parlant d'abans de la crisi. Ara, la teleassistència, amb el preu que fem, ho oferim a 11,44€, tenim un munt de terminals, tothom ho demana...ens interessa tenir la comarca coberta. (Comarca les Garrigues)

La teleassistència és un recurs molt potent, tots paguen, hi ha una part subvencionada, la meitat ho posa el CC, és un recurs que ens va costar molt introduir (oh, he de tocar això i no sé què..), el vam donar tres o cinc mesos per a que el provéssin, però ara no els ho treguis! Hem fet, sense incrementar preu, l'opció que puguin pensar sensors de moviment sobretot a la gent que viu sol i allunyat, i estem començant a col·locar algun teleassistència mòbil, -clar, hi ha molta gent que va a l'hort, la gent que va sola i és relativament autònoma, que s'emporti el mòbil, com un GPS, això és un telèfon mòbil amb un GPS i un botó i se'l poden emportar a tot arreu. Això, primer que és més car- val uns 30 €- i segon que la gent és més reticent, però ja en comencem a provar algun i penso que el boca orella funcionarà, hi ha molts municipis aïllats que la gent gran té hort. (Comarca Alt Urgell)

Pel que fa al Servei d'Atenció Domiciliària, aquest està feminitzat, i la franja d'edat que hi predomina és de dones madures amb una educació no qualificada, que ens molts casos, han estat treballant a diferents sectors de serveis o fàbriques tèxtils o manufactures i que han estat reorientades a aquests sector emergent, com és la cura dels grans. Sovint no disposen de formació específica, o la realitzen mentre treballen.

Tenim un problema amb la gent que treballa al SAD, bàsicament dones entre 45 i 60 anys, què passa, que el servei molt agraït no és, les hores són o molt aviat al matí o al vespre, i si aquestes persones tenen algú al seu càrrec, les primeres que deixen la feina són elles, per tant la mobilitat del personal és important, referent als salaris al concurs es va posar i l'empresa diu que compleix el conveni referent als salaris, però el problema és que fan molt poques hores i l'empresa les té contractades per hores. (E4.Comarca Pla d'Urgell)

Durant els darrers anys, els consells comarcals estan desplegant, de forma directa o a través d'altres entitats, la provisió de bancs de productes tècnics, degut a l'alta demanda i necessitat de les persones usuàries, i davant el fet que aquesta provisió podria ben bé organitzar-se públicament.

Les ajudes tècniques depenen del grau de discapacitat i fins ara molta gent gran no demanava aquest certificat, i nosaltres a través de l'empresa contractada pel SAD, que és una fundació, vam pactar que es podien deixar productes gratuïtament.(Consell Comarcal Pla d'Urgell)

Va néixer SADEC, empresa de treballadores socials. No hi havia més empreses, i després les grans empreses vingueren... Pere Mata, etc.. es va fer concurs, els criteris del concurs els posàvem nosaltres. Crec que hi ha marge per a que puguin pagar bé a les treballadores i els quedi benefici, Pere Mata és una fundació i el benefici hauria d'anar destinat a persones que ho necessiten...tens en compte professionalitat, proximitat, avantatges que aportin..es van quedar tots els treballadors de SADEC i les coordinadores també. A la nostra comarca es va fent el seu grupet de treballadors per a estalviar despeses de trasllat, tot i que assumeixen el km. Cobreix unes 300 persones amb el SAD infància, social i dependència. Primer hi havia una gestió pública, directament des de la Generalitat a través del casal d'avis. Teleassistència és gestionat per moltes comarques per Mapfre i s'optà per donar suport a ASPID, empresa del territori, moltes comarques

no ho han tingut en compte, excepte el Segrià i la Noguera. Diuen que Mapfre subcontracta...però no s'ha finançat mai per part del Departament de Benestar, i es feia pagar el 100% als usuaris. La Diputació de Lleida aporta una quantitat a tota la província de Lleida. Finalment s'optà per a que tothom pagui el mateix, l'usuari paga 16€ al mes, que cobreix la part tècnica i la resta ho cobreix la Diputació. (A Lleida i a Barcelona és gratuït, però els ajuntaments poden destinar-hi una partida econòmica). (Consell Comarcal La Noguera)

7.3.2.4 El desplegament de les prestacions econòmiques previstes en la LAPAD.

La Llei de la Dependència, amb *la prestació econòmica d'ajuda a la figura cuidadora familiar*, tenint en compte que aquesta era una dona d'una forma quasi generalitzada, no contribuïa a donar suport al gènere femení en la incorporació o el manteniment de moltes dones al mercat de treball remunerat, ans al contrari, *la llei perpetuava desigualtats en relació al gènere* i relegava de nou a les dones, sota la subjugació del treball de cures feminitzat, familiaritzat i el retorn o permanència d'aquestes, a la llar.

Des que s'ha incorporat la dona a la vida laboral amb més intensitat, o l'Estat és molt potent i assumeix la protecció de la cura de la gent gran en institucions, això vol dir tenir molts diners, que va ser el començament de la llei de la dependència, o si no es fa molt difícil compatibilitzar per la cultura de que la dona sempre ha estat a casa, compatibilitzar que les cures es facin a casa i que la dona pugui treballar, implicar l'home està molt bé, però el que passa és que tant home com dona estaran molt implicats en la seva feina i hauran de deixar o dependre del nivell econòmic, que hi hagi una altra persona que no sigui de la família la que faci la cura al domicili...la llei de la dependència el que ha generat és que quan hi ha diners, en principi tot va bé, semblava que l'administració tenia places per tothom a la residència, però també ha passat curiosament quan ha vingut la crisi, en les mateixes circumstàncies, van pujar el llistó per a poder accedir al grau de dependència (2012), que també es va convertir en un recurs econòmic per a que els fills que no treballaven poguessin viure mantenint a la persona a casa, això és molt freqüent i ho hem notat nosaltres, quan va baixar la demanda de places a la residència, gent que li deies- tu pots anar a la residència i deia- no, no, ara no em va bé, curiosament ara no li anava bé, però la següent tampoc i el que veies era un problema econòmic al darrera és un problema econòmic al domicili a casa i d'alguna manera els fills havien assumit aquest ingrés com una manera de viure, que ho perdien si aquella persona ingressava a la residència, l'ajut vinculat al cuidador no professional.(Comarca de l'Aran)

La prestació econòmica, unida al fet que la figura cuidadora podia cotitzar (a càrrec de l'Estat) a la Seguretat Social, dins d'una categoria molt baixa, va desaparèixer amb el Reial Decret-Llei 20/2012:

Real Decreto-ley 20/2012, de 13 de julio, de medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria y de fomento de la competitividad. Disp. Adic. 8ª: Mantiene el régimen de los convenios especiales en el Sistema de la **Seguridad Social de los cuidadores no profesionales** de las personas en situación de dependencia, pero serán estos quienes se hagan cargo de las cotizaciones.

Unit a això, el desplegament de prestacions econòmiques, per altra banda, segons grau de dependència, ha estat progressiu i lent, fins a arribar a la cobertura del tres graus. Les quantitats són irrisòries en comparació al nivell de necessitats que tenen les llars, tot i així, encara es van tramitant, lentament i amb molts mesos d'espera entre la valoració de la persona gran a domicili, i el reconeixement del grau de dependència. Existeix unanimitat de criteris per part de les representants dels Serveis Socials en el fet que aquest tipus de prestacions són insuficients i arriben massa tard.

(ya tengo edad para decir lo que pienso).. no hi ha promoció de l'autonomia, llei de la promoció a l'autonomia no, no s'està plantejant programes ni serveis de promoció, programes i serveis d'atenció, àmbits residencials, en el seu conjunt limitat i en retrocés, s'han endurit els requisits per a accedir-hi, especialment significatiu és en un àmbit on hi ha la majoria d'afectacions en general, que són en els àmbits cognitius, activitat de vida diària, -puede usted coger la cuchara y llevársela a la boca? Pues seguramente sí, ahora, sabe cuándo tiene que llevársela y sabe lo que tiene que poner en la cuchara? Aleshores estan donant uns nivells de dependència...(expressió escèptica)...que la realitat es que hi ha gent necessita suports per poder promoció de l'autonomia..per evitar l'ingrés a la residència. (Cap de Serveis Socials. Ajuntament de Lleida)

Una cosa es la llei de la dependència i la promoció de la autonomia i el seu desplegament que preveu, que lògicament, es escaso: plaça de residència pública dos anys d'espera, tres anys d'espera per a accedir-hi, places concertades de tant en tant, es para l'accés, prestacions econòmiques que "se tarda mucho en cobrar" y que no totes les famílies tenen recursos econòmics per a avançar, per tant, en l'àmbit residencial, insuficient, a part d'això hi ha un tema en la modificació de la llei que es va fer al 2011, és una modificació perversa, s'han modificat les condicions per a accedir-hi, per tant, accedir a un grau de reconeixement suposa muchas veces estar muy chingadillo, muy chingadillo, per lo tant, tot el tema de la promoció de l'autonomia queda fora. (Cap de Serveis Socials. Ajuntament de Lleida)

Crec que fan falta recursos, i canviar mentalitats, sóc més partidari d'oferir serveis que prestacions econòmiques, ja que a vegades aquestes prestacions no es dediquen a allò que toca.(Consell Comarcal La Noguera)

L'any passat es va desencallar la llei de la dependència, el desplegament ha estat complicat, amb incompliment de pagaments, per part de l'Administració de l'Estat sobretot, però amb dificultats importants de la Generalitat, ara es poden tramitar els graus 1. (Consell Comarcal Les Garrigues)

Pel que fa a les ajudes de dependència, la cosa ha canviat molt, això fa que la dependència sigui una "ajuda fantasma", perquè realment et poden aprovar una prestació, però allò no ho cobraràs fins d'aquí a dos anys, no m'és efectiu, perquè jo el necessito avui aquest suport, no?...la llei de la dependència ens flaqueja per tot arreu. (Consell Comarcal Les Garrigues)

7.3.2.5 Dèficit en la coordinació entre l'Atenció en la salut i àmbit sociosanitari i els Serveis Socials

Des de l'àmbit dels Serveis Socials s'observa una *visió excessivament clínica del problema social de la cura a les persones grans en situació de dependència*. El problema aquí, no és el mèdic, sinó el suport social, objecte de la present tesi, tenint en compte que la cura de llarga durada ha de ser abordada més enllà de l'àmbit sanitari hospitalari. El suport a la figura cuidadora familiar és també un problema sanitari, perquè la cura afecta en alt percentatge a la salut de les persones que se'n fan càrrec.

Des del camp mèdic, poden donar molta informació sobre la malaltia, però com tractar-la o com cuidar-la a nivell psicològic, el que et produeix una persona amb una dependència, amb una malaltia greu que no saps com atendre'l, hauria d'anar molt de la mà, mèdic i les persones cuidadores, també s'ha avançat en equips de pal·liatius.”(Comarca Alta Ribagorça)

La medicina ens permet viure molts anys, però això no s'acompanya amb serveis...el govern ha de saber quin EdB vol tenir i quina corresponsabilitat té cadascú, tot està indefinit i amb unes expectatives altes de govern que no pot cobrir, i s'ha de ser clar amb això amb la gent. (Comarca de la Segarra)

Hem vist el problema dels cuidadors, d'esgotament, claudicament, que no poden més, que això afecta a la salut mental. (Comarca del Pla d'Urgell)

L'hospital de referència és Vielha, i també és hospital de tota la Vall d'Aran, i les de sociosanitari són les que són, pot passar que estigui ple en cas d'una convallescència, tens l'opció de sol·licitar plaça al sociosanitari a Tremp però no tenim transport directe d'aquí cap a allà, tenir ingressada a una persona al sociosanitari per les famílies és un trasbals, un ingrés hospitalari a Vielha o a Tremp és un trasbals. (Comarca Alta Ribagorça)

L'Alt Urgell és pla pilot del PIAI del programa integral sociosanitari i hem de vetllar tots a la una per a cobrir lo que una persona en una situació crònica, vol, i llavors què passa en aquests moments? Quan té un problema de salut important, tots els tècnics de salut s'aboquen... una persona amb un grau de dependència III, que està a casa...el curen, posa que vagi un temps al sociosanitari, quan li donen l'alta, et diuen- ei, que marxa! És que es igual que marxi, anem treballant tots a la una, encaixem l'engranatge, tenint en compte el que ell vol, que vol estar a casa, i per tant, si necessita un PADES perquè li curin les llagues, que hi vagi el PADES, si necessita una SAD, intentem que el PADES hi vagi dilluns, el SAD dimarts, PADES dimecres. (Comarca Alt Urgell)

7.4 GÈNERE, REFAMILIARITZACIÓ I REFEMINITZACIÓ DE LA CURA

El quart objectiu (OG4) de la recerca pretén interpretar els canvis en el sistema d'obligacions i relacions familiars -crisi de cures i de reproducció social- i el rol femení i la *refamiliarització i refeminització* de la cura o conflicte entre capital-vida, com a perpetuador de desigualtats de gènere i econòmiques.

Els objectius específics són:

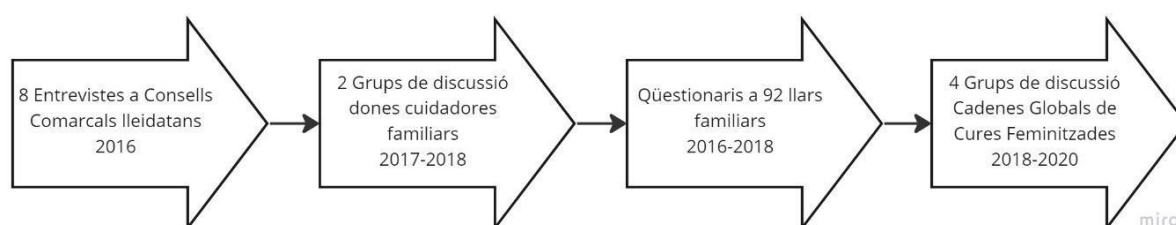
OE4.1 Analitzar els discursos per part de les administracions públiques sobre l'equitat de gènere.

OE4.2 Detectar desigualtats per raó de gènere en relació a processos de feminització i refeminització de les cures

OE4.3 Detectar canvis en el sistema d'obligacions familiars per part de les dones que treballen fora de casa.

OE4.4 Analitzar el paper de la corresponsabilitat masculina en les cures.

Les dades provenen de l'aplicació de les següents tècniques de recerca:



7.4.1 ESPAI PÚBLIC: La veu de les administracions públiques sobre l'equitat de gènere

El primer objectiu específic consistia en **analitzar els discursos de les administracions públiques sobre l'equitat de gènere i les cures**. Per a la seva consecució es van dur a terme 8 entrevistes a persones representants d'una mostra de Consells Comarcals lleidatans, els resultats de les quals es presenten a continuació.

La pregunta que se'ls feia era la següent (les entrevistes eren semi-estructurades i obertes):

3.(Quan sobrevé la dependència per raó d'edat o malaltia) Quan sobrevé una situació de vulnerabilitat en la salut o de dependència, sovint són les dones qui prenen el paper de subjecte actiu per a afrontar la situació, per tant, les dones es troben amb:

- Una baixa corresponsabilitat i baixa flexibilitat empresarial per a poder continuar treballant fora de casa, fet que afecta a la seva trajectòria laboral i més tard a un més gran empobriment de les dones grans.

- Si les dones manifesten una ruptura o canvi en la presa de decisions pel que fa a les seves obligacions familiars, pel fet que no volen o poden renunciar a una feina remunerada, qui en defensa els drets, tant de les dones, com pel que fa als drets de ciutadania i subjectius que garanteixen la llei de la dependència?

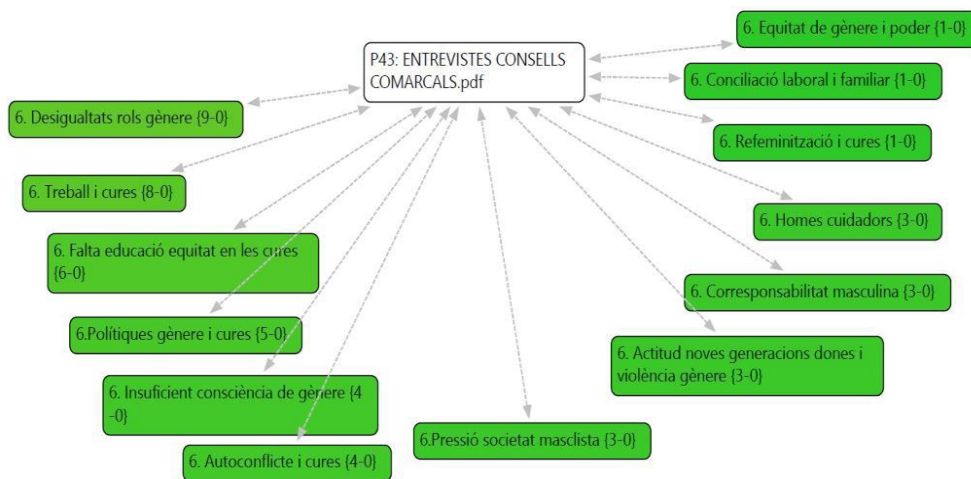
- Una dèbil protecció social condiona les estratègies d'organització familiar en relació a la cura fent persistents les desigualtats de gènere i econòmiques.

Quina és la teva visió o opinió en aquest sentit?

Les persones representants de les administracions públiques¹⁰⁶ coincideixen en els seus discursos, en confirmar la prevalença del marc *patriarcal i la persistent divisió social del treball* actual en el món rural pel que fa a les cures. De les entrevistes es desprenen els següents blocs temàtics categoritzats per ordre d'intensitat en la seva aparició.

Gràfic 7.4.1 Categorització sobre equitat de gènere per part de les institucions públiques

P43: ENTREVISTES CONSELLS COMARCALS.pdf



Font: Elaboració pròpia amb Atlas-ti

¹⁰⁶ Dades provinents d'entrevistes a persones coordinadores dels Serveis Socials Consells Comarcals i a la Cap de Serveis Socials de Ajuntament de Lleida i d'un dels grups de discussió on participaven, entre altres, representants de tres administracions públiques (Consell Comarcal Alt Urgell, Consell Comarcal La Noguera i Ajuntament de Lleida en el marc de la recerca Cadenes Globals de Cures feminitzades a Lleida.

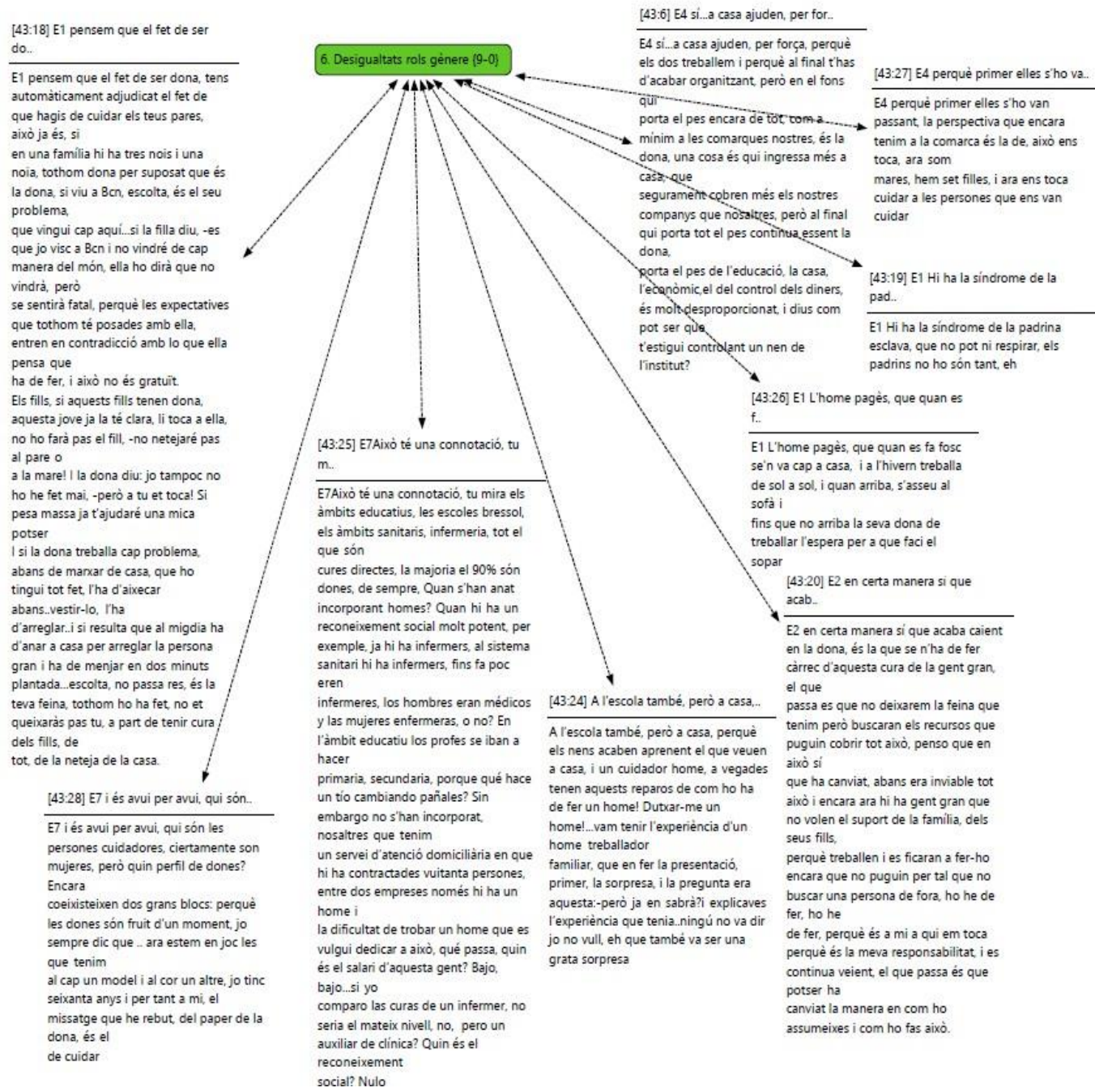
7.4.1.1 Desigualtat en els rols de gènere i cures¹⁰⁷

- Les desigualtats en els rols de gènere en relació a les cures s'associen a l'atribució i adjudicació del treball de cures al gènere femení: a més de les esposes, a les filles, joves i netes de la família, abans que als homes.
- El fet que la dona treballi fora de casa no és suficient com per a que hi hagi un canvi en la corresponsabilitat familiar. Ella assumeix les tasques de cura a més a més de la feina remunerada fora de casa.
- Les dones que cuiden avui (mitjana d'edat 60 anys) pertanyen a una generació que ha rebut el missatge de cuidar i viu internament o transita cap a un altre model de cures on pot passar a gestionar-les sense assumir-les de forma directa (així i tot continua assumint-ho).
- S'associa la incorporació d'homes en professions de "serveis" (educatius, sanitaris) quan hi ha un reconeixement social d'aquestes.
- Es reproduïxen els rols des de l'aprenentatge a casa, dins la pròpia família. En aquest sentit, si s'aprèn el rol de cura a casa de forma igualitària, independentment dels gèneres o no associats a aquests, es sabrà fer en un futur.
- La incorporació massiva de les dones en el treball remunerat provoca canvis en la manera d'assumir el treball de cures familiar.
- A les comarques rurals les dones assumeixen tota la càrrega de cures de les famílies encara que també treballin fora de casa, i el seu salari encara és inferior al de l'home. En les famílies de doble-salari, els homes "ajuden" perquè "no els toca cap més remei".

¹⁰⁷ Aquesta tesi doctoral, tant pel seu objecte com pel que fa a les persones professionals entrevistades, llars familiars i participants en els diferents grups de discussió han comptat amb una participació de 245 persones en total. D'aquestes, el 78% eren dones, i la resta, el 22% homes. Tot i el caràcter intencional pel que fa a l'objecte d'estudi, on algunes dades i entrevistes s'adreçaven específicament a dones, la resta, la participació de l'administració pública, grups de discussió i altres, tenien com a agents "dones", pel fet mateix de la pròpia segmentació laboral en gèneres en professions dins el sector serveis personals i serveis socials. Per tant, és constitutiva a nivell estructural aquesta desigual representació entre gèneres en professions adreçades a la gestió de les cures, a més del fet que com és sabut, vuit de cada deu persones responsables de la cura familiar, són dones.

Gràfic 7.4.2 Afirmacions per part de representants de les administracions públiques sobre desigualtats en els rols de gènere

6. Desigualtats rols gènere



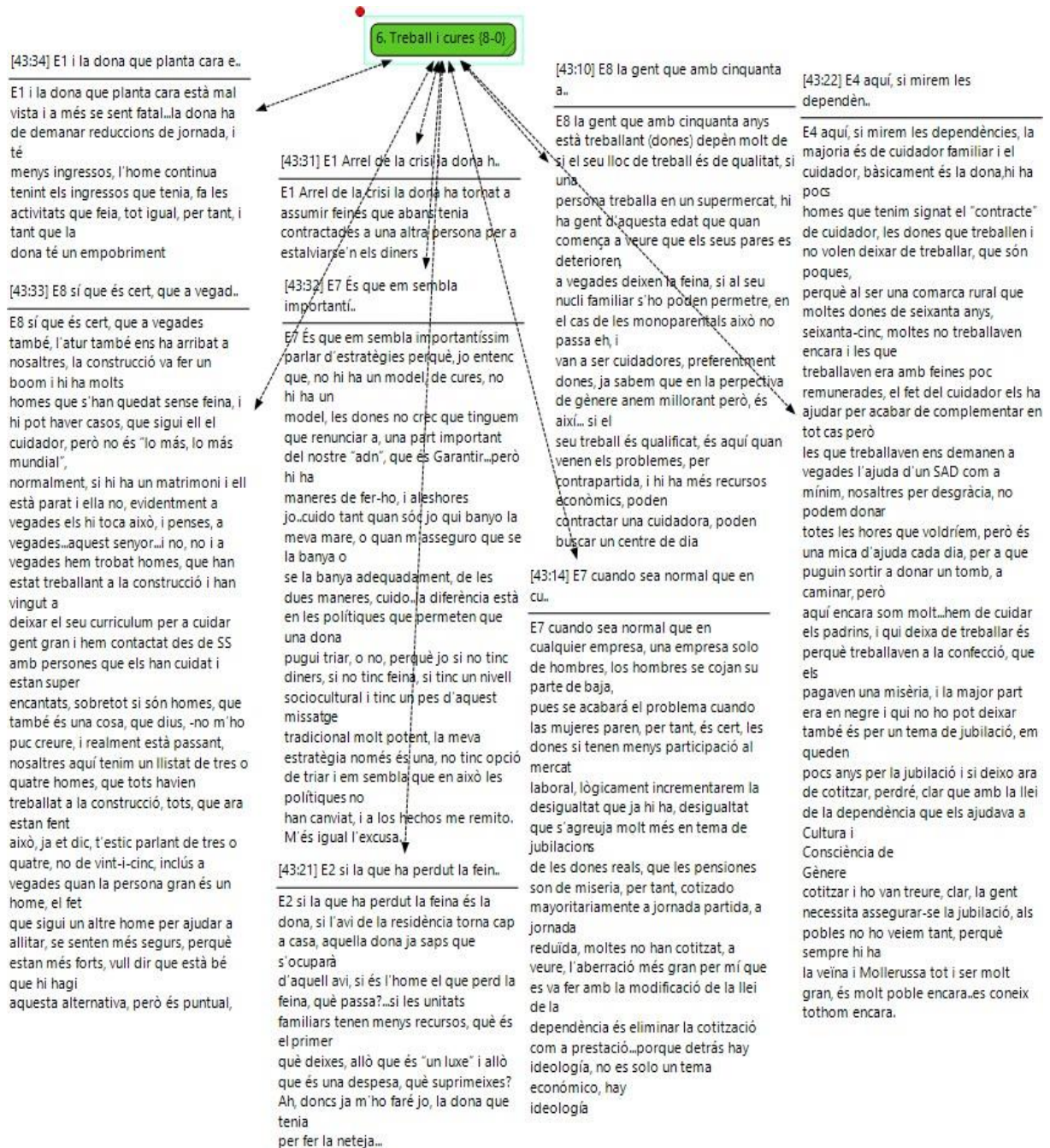
Font: Elaboració pròpia a partir d'Atlas-ti

7.4.1.2 Treball i cures

En segon lloc, sorgeix l'associació *treball i cures*, tot i que la noció de treball es relaciona amb el treball remunerat fora de casa i no sota la consideració de les cures com a treball.

- En moments de crisi econòmica, si la dona perd la feina -com en el cas de la crisi econòmica de 2008 o la COVID-19, és ella qui assumeix més càrrega de feines, tant domèstiques com de cura (ex. quan es treu un avi o àvia de la residència). Les crisis provoquen la reassumpció de feines que en altres temps havien estat delegades a persones de fora de casa.
- La baixa qualificació o remuneració d'algunes dones al món rural fan més susceptible el fet de deixar de treballar quan es requereixen tasques de cura amb els grans.
- El grau de qualificació, l'edat i el tipus de família condicionen el tipus de cura que es pot oferir a les persones grans.
- La preocupació en relació als anys cotitzats previs a la jubilació suposen un problema per a la dona i un dilema important en relació a la cura. Eliminar la possibilitat de cotitzar (el 2012) per a les cuidadores va ser un error. (veure gràfic 7.4.3)

Gràfic 7.4.3 Afirmacions per part de representants de les administracions públiques sobre la relació entre treball i cures



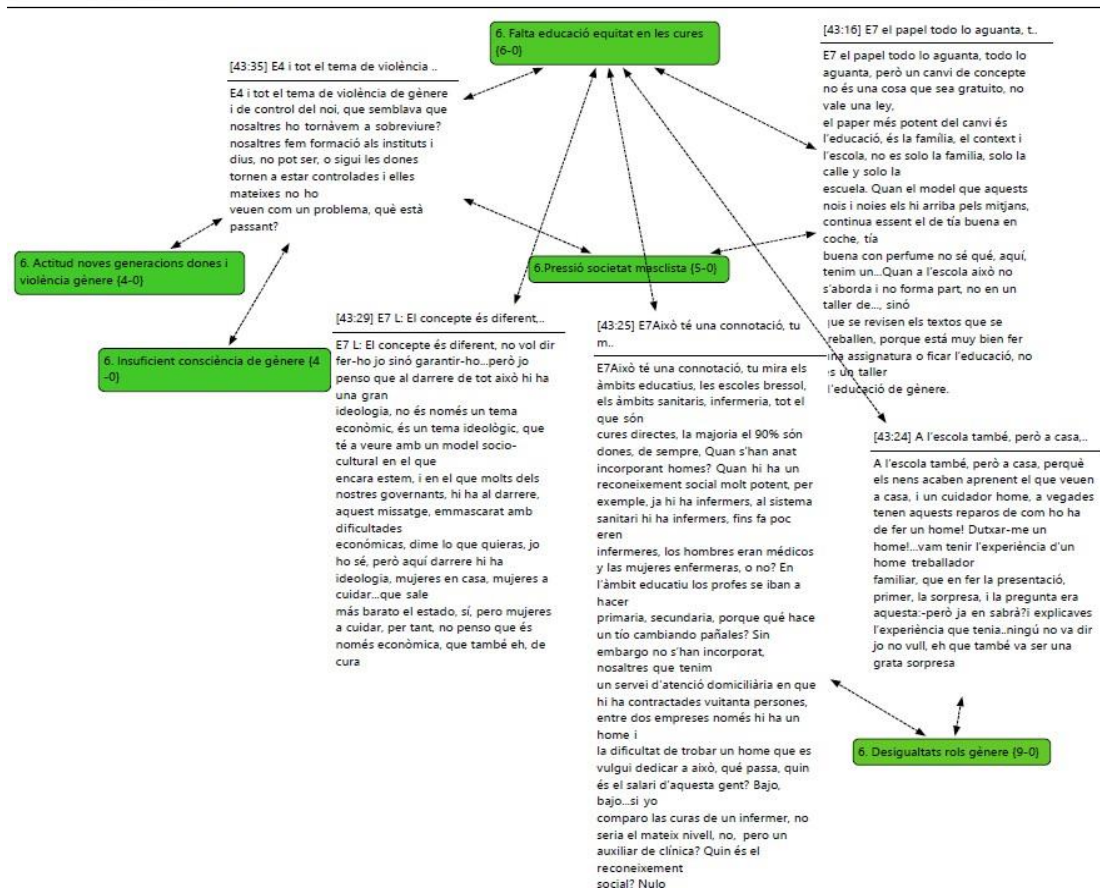
Font: Elaboració pròpia a partir d'Atlas-ti

7.4.1.3 Falta educació en equitat de gènere

- S'estableix una relació entre una *insuficient educació en equitat de gènere* referent a les cures i les categories *desigualtat de rols de gènere, pressió de la societat masculista, l'actitud de noves generacions de dones i la insuficient consciència de gènere*.
- S'apunta a l'estructura ideològica i sociocultural patriarcal com a model vigent causant de l'insuficient desplegament de mesures vinculades a fer efectiva la igualtat entre gèneres. La manca de recursos econòmics emmascara uns determinats trets ideològics que són l'origen del problema.
- Existeix certa reticència cultural a l'hora de dur a terme una ruptura entre els rols de gènere, en forma de certa desconfiança respecte a l'home treballador de cures. La manca de reconeixement social, baixos salaris i condicions de treball professional de cura incideixen en el fet que hi hagi pocs homes que s'hi dediquin.
- Agents socialitzadors com els mitjans de comunicació (xarxes socials digitals) no contribueixen, davant d'una insuficient educació en equitat de gènere a l'escola i dins la família, a reproduir violències i desigualtats entre gèneres.
- S'estableix una relació entre les violències de gènere, les actituds de control dels nois, i la manca o insuficient o ineficaç educació en equitat de gènere. (veure gràfic 7.4.4)

Gràfic 7.4.4 Afirmacions per part de les administracions públiques sobre Educació i equitat en les cures

6. Falta educació equitat cures



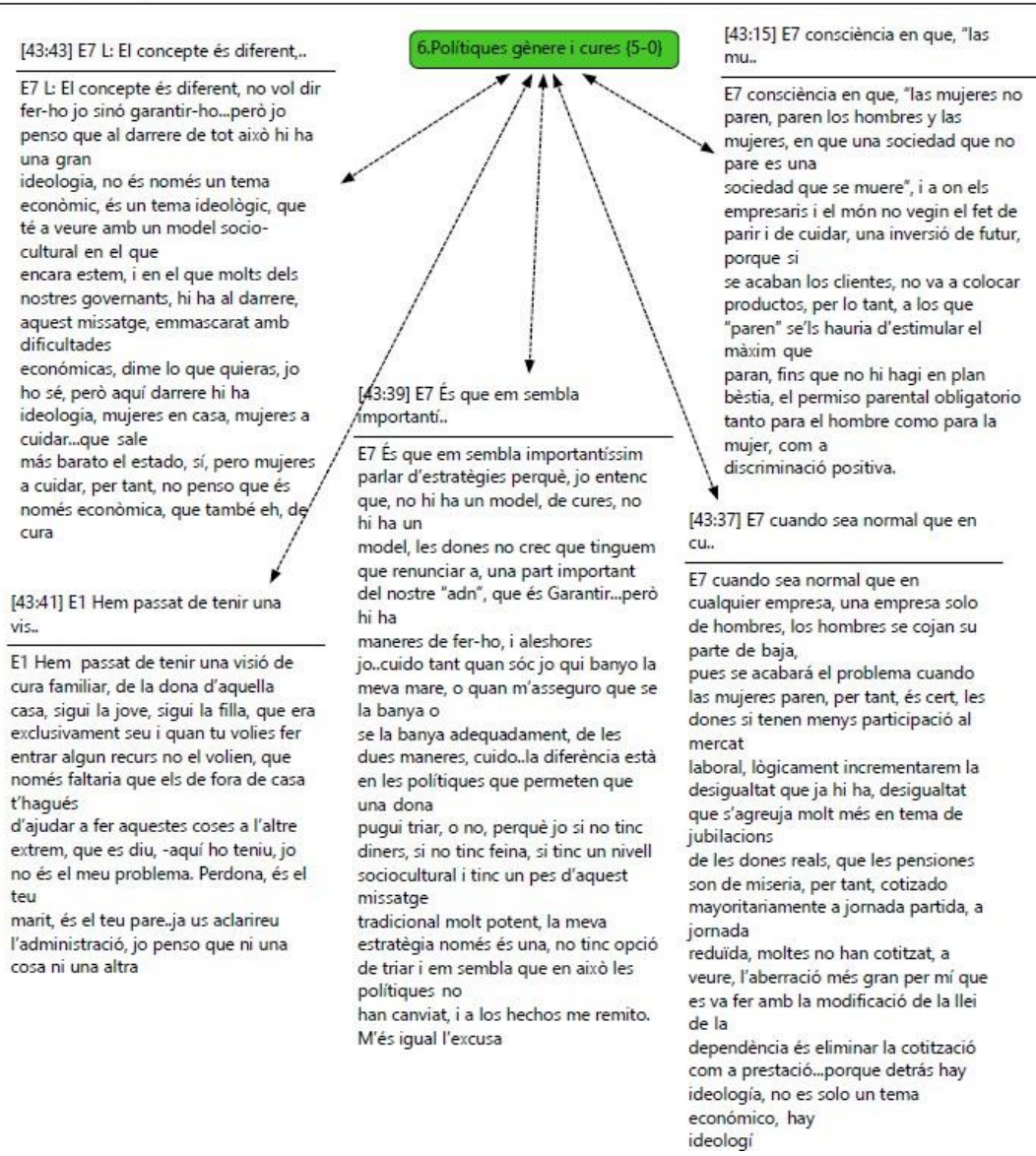
Font: Elaboració pròpia a partir d'Atlas-ti

7.4.1.4 Polítiques de gènere i cures

La manca de polítiques de cures s'assenyala en especial des de la figura representant Cap de Serveis Socials de l'Ajuntament de Lleida, qui apunta a causes d'origen ideològic la manca de garanties en relació a les cures familiars, tant d'infants com de les persones grans dependents. Un buit a nivell fàctic i polític -econòmic- darrere el qual als governants "ja els està bé que les dones continuïn cuidant". Apunta a problemes com les baixes parentals, la baixa natalitat, la eliminació de la possibilitat de cotitzar per part de les cuidadores, com a conseqüència de la ceguesa empresarial i institucional que no valora la importància de la reproducció social.

Gràfic 7.4.5 Afirmacions per part de les administracions públiques sobre polítiques de gènere i cures

6. Polítiques gènere i cures

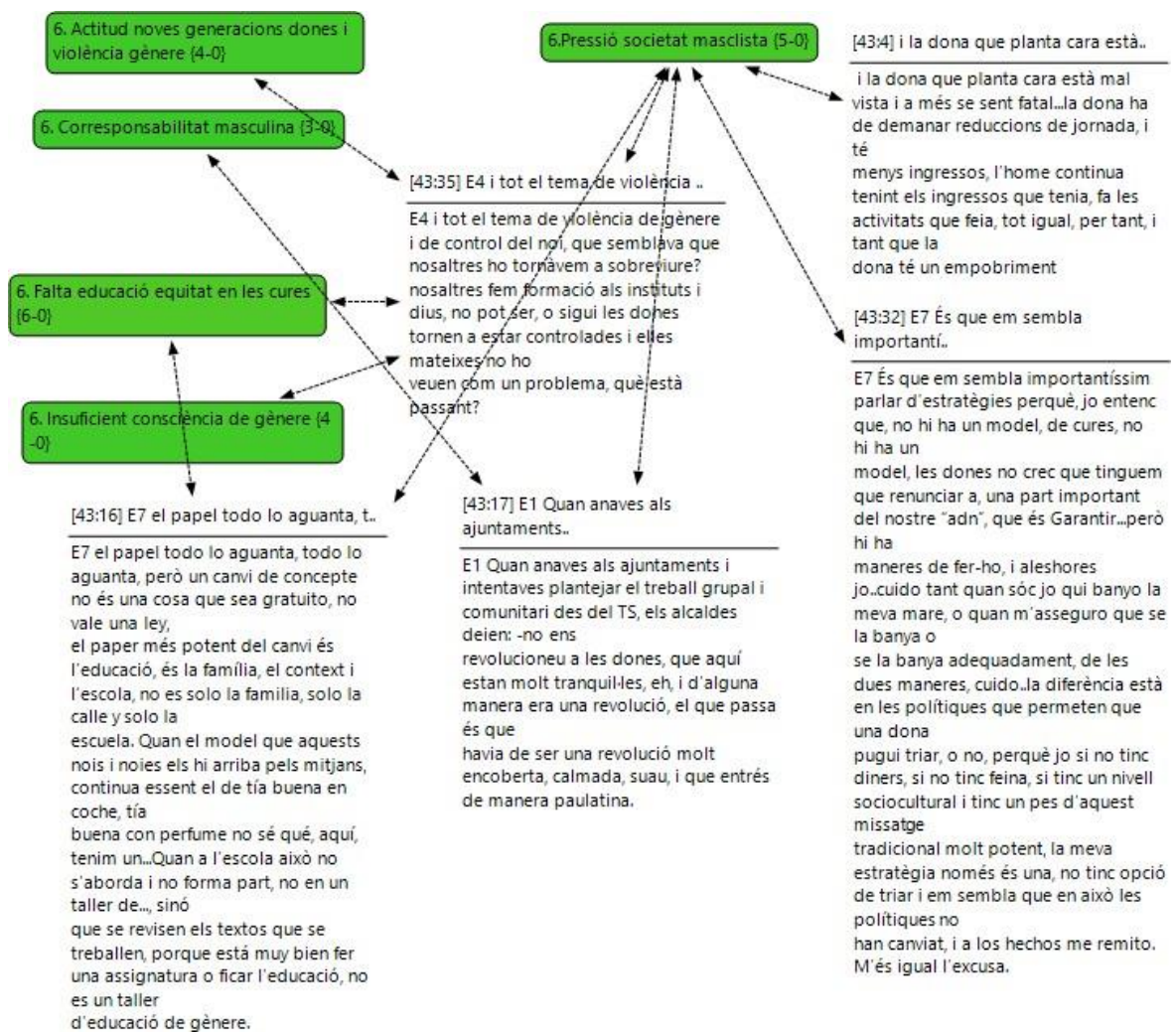


Font: Elaboració pròpia a partir d'Atlas-ti

7.4.1.5 Pressió d'una societat masclista

El tema o categoria pressió de la societat masclista es relaciona amb les actituds de les noves generacions i la violència de gènere, amb la manca d'educació en equitat de gènere i amb la insuficient consciència de gènere. Per altra banda, també es pot relacionar amb la manca de corresponsabilitat masculina.

Gràfic 7.4.6 Afirmacions per part de les administracions públiques sobre actituds masclistes



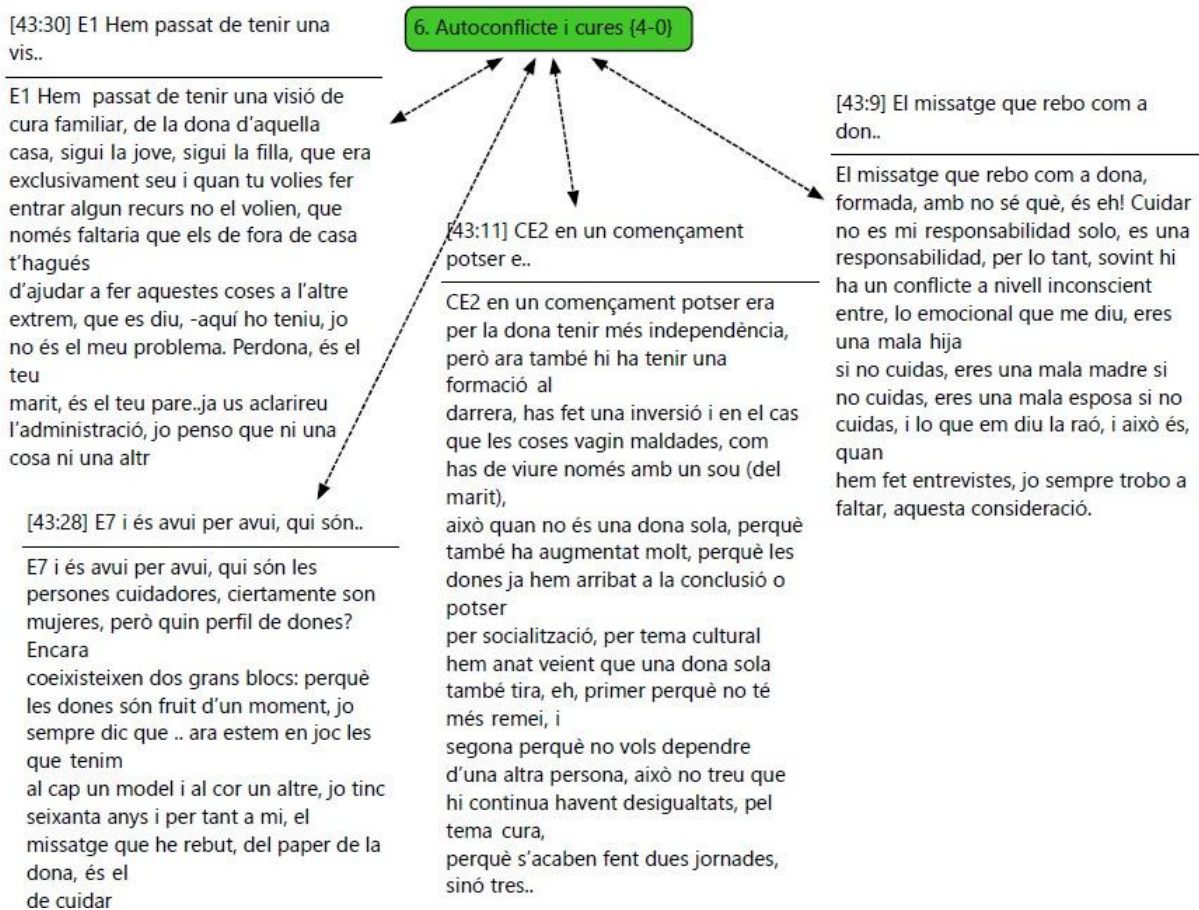
Font: Elaboració pròpia a partir d'Atlas-ti

7.4.1.6 Autoconflicte i cures

En alguns discursos s'observa la presència en la vivència de les dones, d'un canvi-transició en relació a la seva visió a l'hora d'assumir de les tasques de cura. Això pot provocar un sentiment ambivalent en les dones, una lluita interna en el que volen fer i el que cultural i moralment s'espera d'elles. Hi influeix el grau de formació o qualificació de les dones.

Gràfic 7.4.7 Afirmacions per part de les administracions públiques sobre autoconflicte i cures

6. Autoconflicte i cures



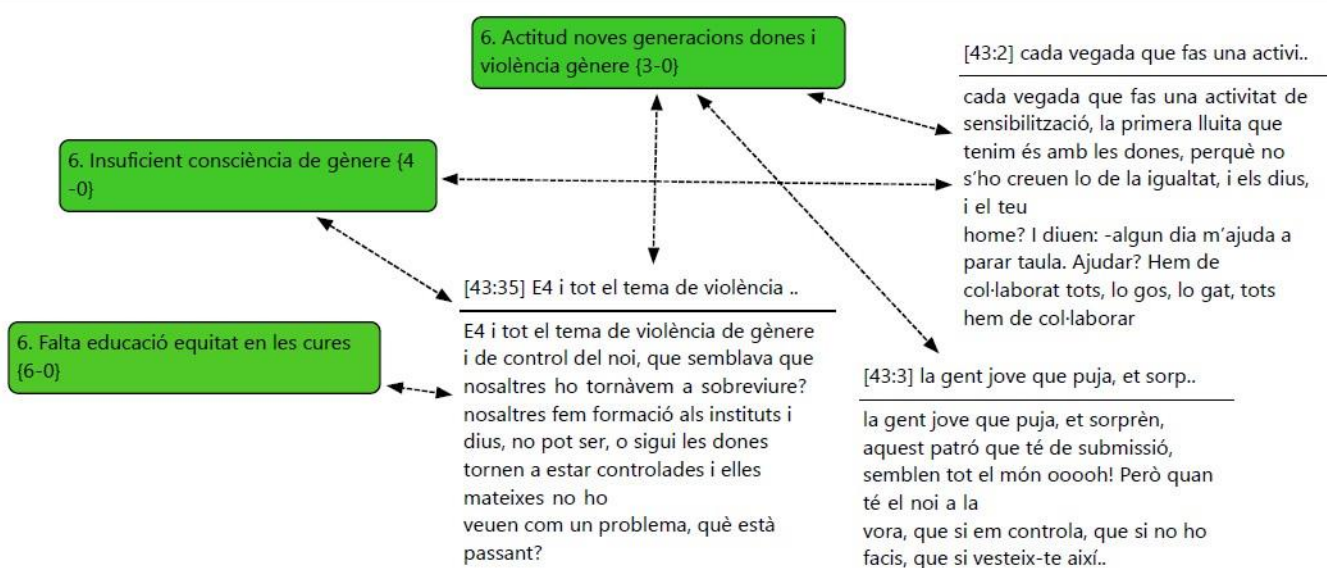
Font: Elaboració pròpia a partir d'Atlas-ti

7.4.1.7 Actitud noves generacions de dones i violència de gènere

Alguns discursos presenten una preocupació davant les actituds de les noves generacions de dones, i fan un toc d'alerta a aquesta qüestió. Es mostra una actitud escèptica davant les actituds d'algunes dones en les campanyes de sensibilització afirmant que: "no s'ho creuen lo de la igualtat".

Gràfic 7.4.8 Afirmacions per part de les administracions públiques sobre violència de gènere

6. Actitud noves generacions dones i violència gènere



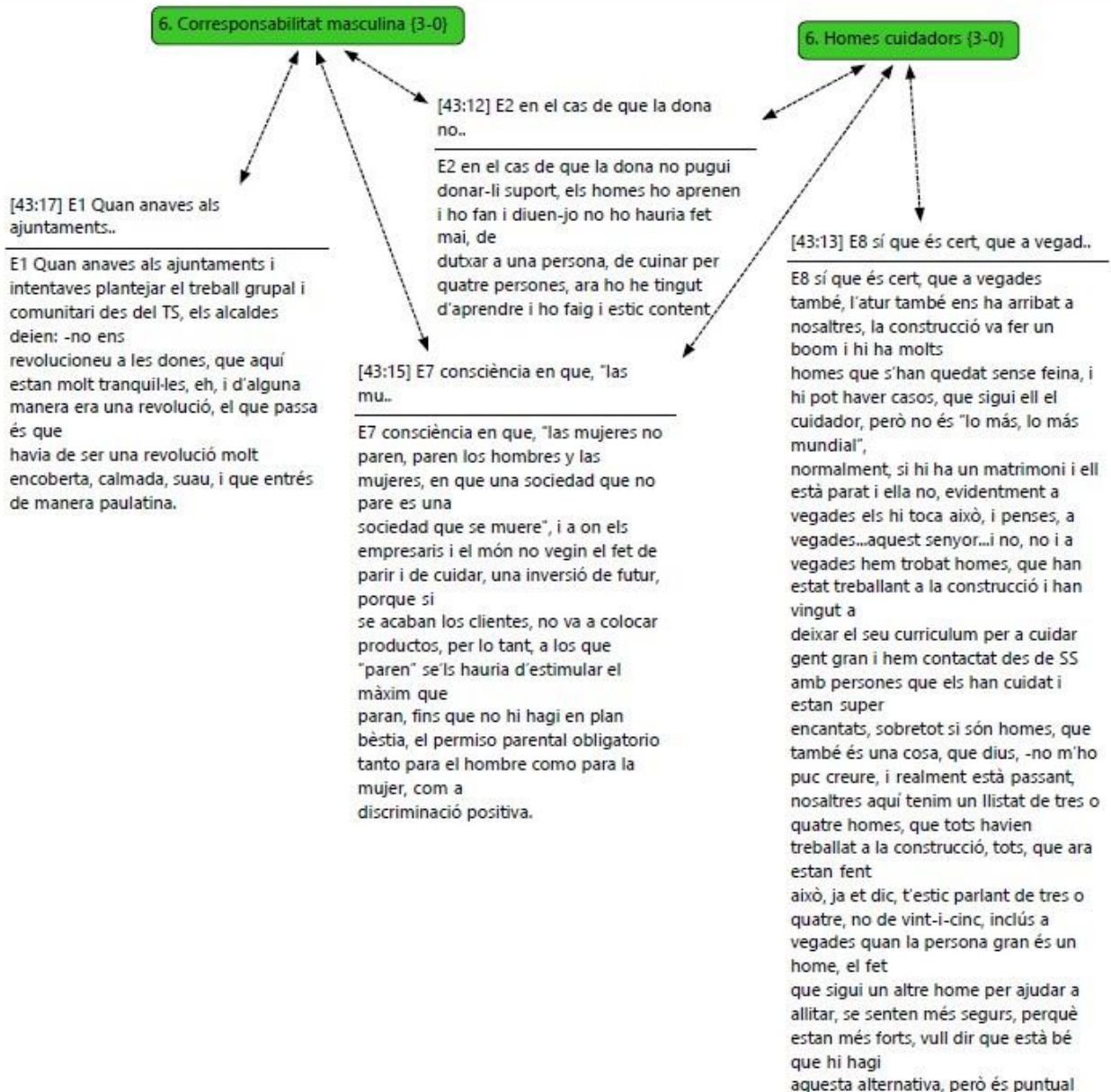
Font: Elaboració pròpia a partir d'Atlas-ti

7.4.1.8 Corresponsabilitat masculina i homes cuidadors

De les entrevistes s'apunta a un incipient canvi en la presència d'homes cuidadors, així no obstant s'observa que aquests homes duen a terme treball de cures perquè són els marits i "han de fer-ho", o perquè han perdut la feina i la feina de cuidadors a domicili constitueix un nínxol de mercat. Aquest fet no priva de que es mostrin actituds d'indiferència per part del gènere masculí en relació a la crisi de reproducció social i una passivitat (com s'ha comentat abans) en reconèixer les accions d'empoderament femení en el món rural.

Gràfic 7.4.9 Afirmacions per part de les administracions públiques sobre la corresponsabilitat masculina

6. Homes cuidadors, 43:4, 6. Corresponsabilitat masculina, 6..



Font: Elaboració pròpia a partir d'Atlas-ti

7.4.2 L'ESPAI DE LES LLARS: les veus de dones que exerceixen treball de cures

Les dades referents a aquests objectius provenen de 5 grups de discussió¹⁰⁸.

PRIMER GRUP DE DISCUSSIÓ (GD1) amb dones cuidadores familiars de persones grans en entorn rural membres de l'estructura familiar tradicional pairal catalana que treballen a casa¹⁰⁹, que han treballat al sector pagès o ramader dins el patrimoni familiar (Comarca Pallars Jussà, Tremp).

Les membres d'aquest grup són dones que treballen o han treballat en el sector agrícola o ramader i són continuadores de **l'estructura familiar pairal catalana**. Han comptat amb la pròpia xarxa familiar per a la *cura dels seus familiars grans*, d'acord amb els *condicionants econòmics* i d'organització familiar propis del món rural tradicional. Descriuen detalladament com han estat *les relacions intergeneracionals* dins el sistema familiar pairal, el pes i els determinants estructurals d'un patriarcalisme amb forta divisió sexual del treball, i també amb jerarquies de poder molt marcades. Les joves s'incorporaven a la casa pairal i passaven a dependre dels mandats de la seva sogra. Recordem que l'hereu i la seva esposa sustenten el poder familiar fins a la seva mort. Les joves han estat qui ha cuidat els sogres tot i lamentar en moltes ocasions no haver pogut cuidar els propis pares i mares. Tal i com elles mateixes manifesten, ***són les darreres generacions responsables d'una cura directa***, pel fet mateix de treballar a casa i autoorganitzar-se el treball de cura i el treball al camp. Contínuament estableixen relacions entre l'"abans" i l'"ara" (a més del fet que hi ha en aquest grup una filla que acompanya la seva mare cuidadora, que pertany a generacions joves que fa una ruptura dins del discurs, fet que ajuda a contrastar l'homogeneïtat del discurs amb la resta del grup). La cura es descriu com *a feminitzada i la relació amb el gènere és total*. La *refeminització de les cures*, això és, l'externalització de les mateixes a "altres dones" es planteja en aquest grup com a possibilitat i com a alternativa, sota un gran debat de tipus moral i la manifestació de la resistència i

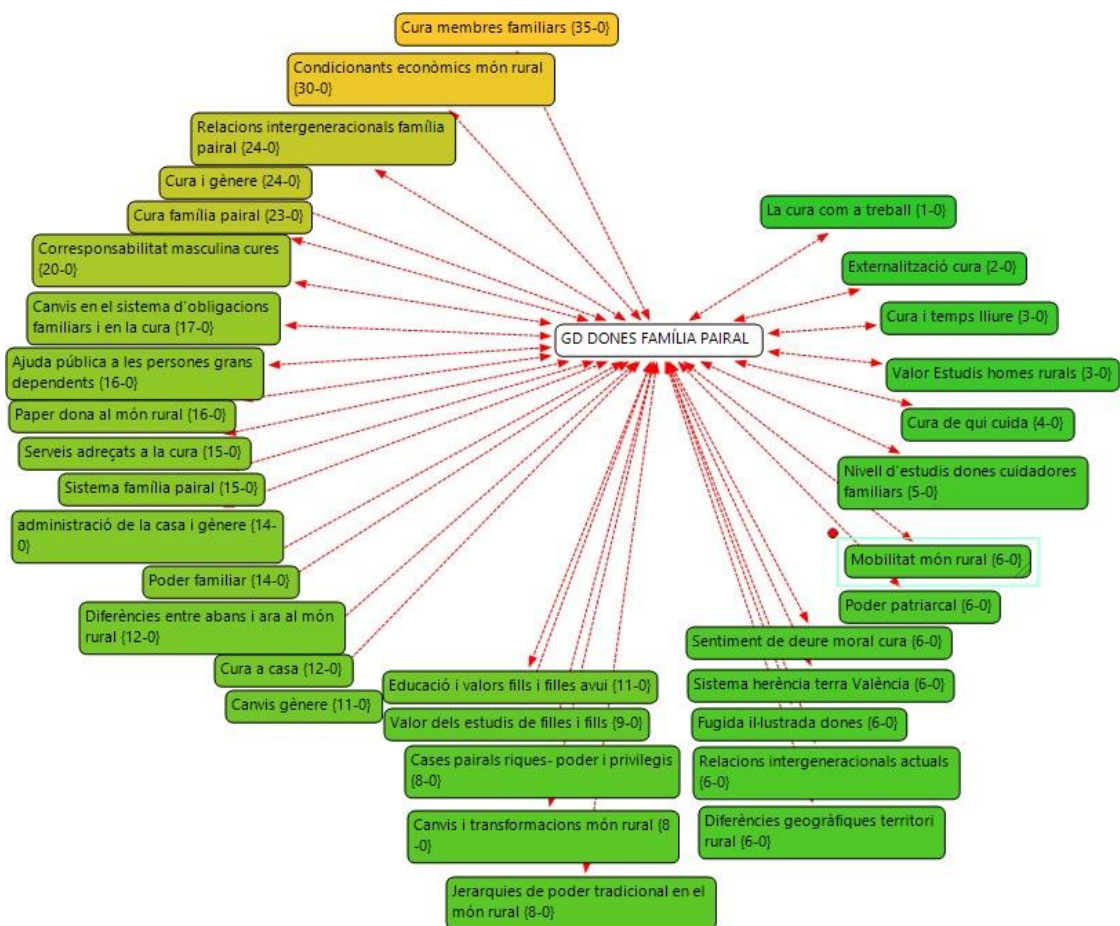
¹⁰⁸ L'anàlisi de dades d'aquests grups s'ha dut a terme mitjançant codificació i anàlisi de xarxes que permet el programari Atlas-ti i mitjançant anàlisi sociològica del sistema de discurs.

¹⁰⁹ L'interès de les dades proporcionades per aquest grup de discussió és immens ja que aquesta generació és qui ha viscut transformacions fonamentals dins de la família, en termes de poder, economia i rols. Elles són l'exemple d'una transició familiar que no té retorn i que posa fi a un tipus d'estructura familiar secular a Catalunya.

ambivalència en els discursos de les persones grans al fet de ser ingressades a un centre residencial.

A continuació es mostren els blocs temàtics o categories sorgides en el grup, ordenades segons quantitat o nombre de vegades que sorgeixen. (Recordem que les membres d'aquest grup són dones, totes elles pubilles o casades amb un hereu, d'edats compreses entre els 50 i els 79 anys, i residents a la Comarca del Pallars Jussà i en concret als pobles de Tremp, Erinyà, Pobellà, Sant Martí de Canals, Conques i la Pobla de Segur) (Veure perfil detallat de les participants en el capítol de mètode i tècniques de recerca).

Gràfic 7.4.10 Blocs temàtics GD Cura família pairal



Font: Elaboració pròpia a partir d'Atlas ti

7.4.2.1 La cura als grans dins una família pairal en transició

- **Naturalització de la cura.** La cura era assumida per les joves (dones casades amb el fill) en entrar a formar part de la família, era naturalitzada i en cap moment hom es plantejava el paper de “cuidar” en sí mateix. Tenir cura era un acte quotidià i concebut dins el sistema d’obligacions i deures familiars tradicionals: *“no et genera una obligació perquè passava de pares a fills”*; *“quan te casaves ja sabies que això...”*; *“es que no t’ho plantees com a cuidador”*; *“en aquests casos no et plantejes si cuides o no cuides, segueixes una inèrcia”*. *“és que la relació és com si fos ma mare, una mare”* (relació amb la sogra). Per altra banda, cuidar “et surt de dintre” i no era considerat en cap cas com a una obligació: *“és que com a obligació em sembla que no ho faria”*;

Jo en el meu cas, en cap moment m’he sentit pas obligada a fer el que estic fent, ho faig perquè em trobo molt a gust i el dia que sigui una obligació decidiré si segueixo cuidant-lo o el porto a una residència, avui dia hi ha moltes opcions, però jo en aquest moment, en cap moment m’he sentit en aquella obligació...(GD1:5, dona casada amb un hereu)

- **Relativa col·laboració de la família en les tasques de cura i conciliació familiar.** Les entrevistades, tot i encapçalar la responsabilitat de la cura, no mostren “queixes” de sobrecàrrega, puix que no interpreten la cura com a un “pes” que duen elles en soledat, sinó que afirmen poder comptar amb la seva estructura familiar, que tot i que no és massa gran, mostra cert compromís en el seu relleu quan fa falta.

Em sembla que també, ja surt de dintre, perquè sí que ajuden eh, el meu fill sí que ajuda, el que passa és que tens que anar-los més al darrera potser. “El nostre, agafar-la sol tampoc pot però li dona el sopar i aleshores nosaltres arribem i l’acotxem. (GD1:5, dona casada amb un hereu)

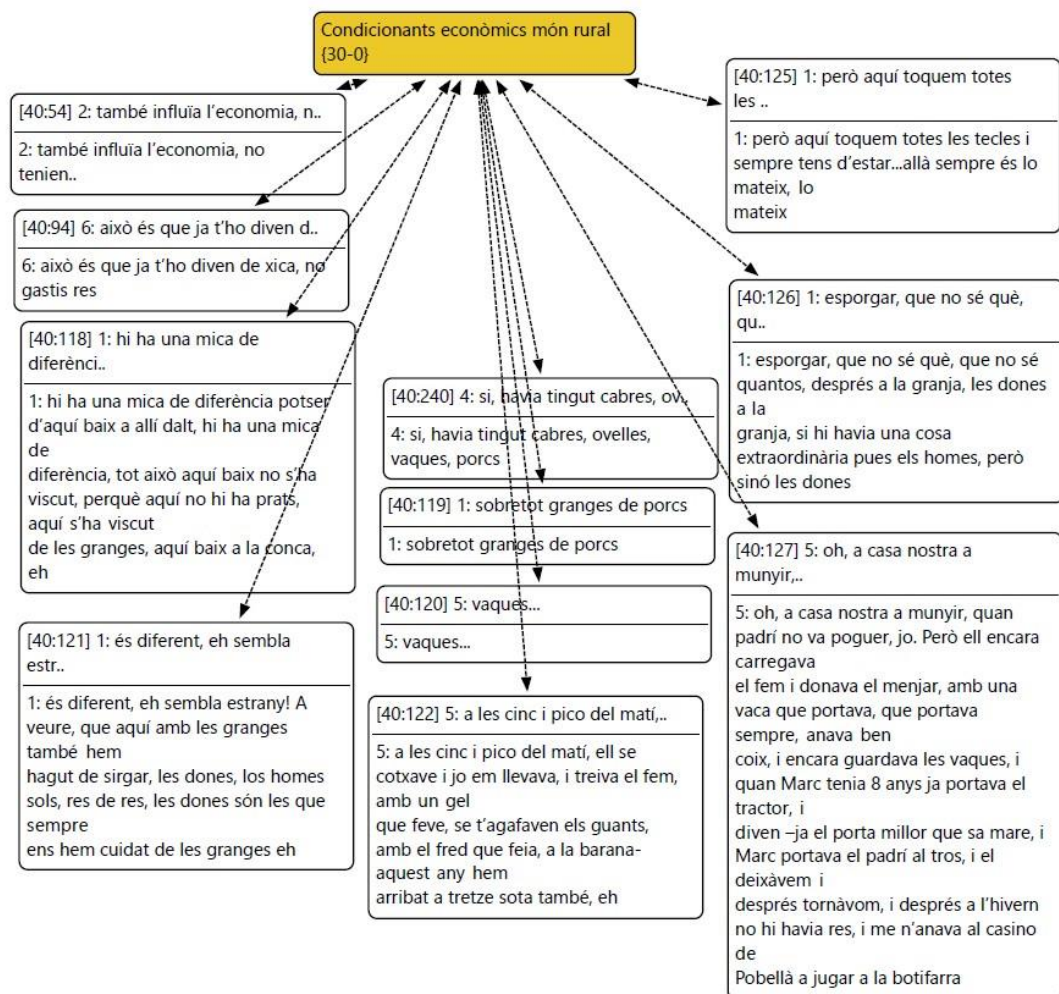
- **Vincles o lligams afectius profunds o estrets que “compensen” la feina de cuidar.** Dur a terme les tasques de cura no suposa un sacrifici o esforç ja que forma part del rol afectiu de la dona amb la família política o amb els propis pares. *“ després es troba a faltar”*; *“ exacte, jo vaig trobar a faltar molt el meu sogre, però el dia que falti la sogra, la trobaré molt més a faltar”*; *“no, perquè jo ma sogra, é com una mare per jo i li faig tot amb carinyo i ella també..”*; *“me l’estimo molt i l’he cuidat sempre, vull dir, també sé que res anés diferent, perquè passés d’un padrí a un altre”*.

7.4.2.2 Economia i cura a la família pairal

- **Transició cap a noves ruralitats.** Les dones dins l'economia familiar rural ha compaginat la seva feina agrícola o ramaderia amb tasques domèstiques i de cura. La doble presencialitat de les dones s'expressa en "*aquí toquem totes les tecles*", "*aquí a les granges també hem hagut de sirgar, les dones*" o "*les dones som les que sempre hem cuidat les granges*". Les famílies entrevistades mantenen en l'actualitat, en alguns casos els animals, però han hagut de diversificar les seves fonts d'ingressos, com en el cas d'una casa rural, vaques ecològiques. Altres, han rellogat la terra o les granges i altres en fer-se grans els vells, s'ho han venut tot. Les entrevistes s'han dut a terme a la Vall Fosca, on hi ha prats d'herba i vaques, cavalls i altre bestiar, i a la zona d' Isona i Conca Dellà on es viu més de les granges, actualment, de porcs.
- **Burocratització i augment del control administratiu en l'economia rural.** Hi ha consens en tot el grup en relació a les dificultats que comporta avui el control econòmic i administratiu de la seva feina, degut al sistema de subvencions derivats de les directives de la UE (PAC i altres) i a l'augment de "paperam" que suposa el treball ramader i agrícola. En molts casos, les dones entrevistades són les que duen l'administració econòmica familiar. (Veure gràfics 7.4.11 i 7.4.12)

Gràfic 7.4.11 Afirmacions de dones cuidadores de la família pairal sobre economia i ruralitat

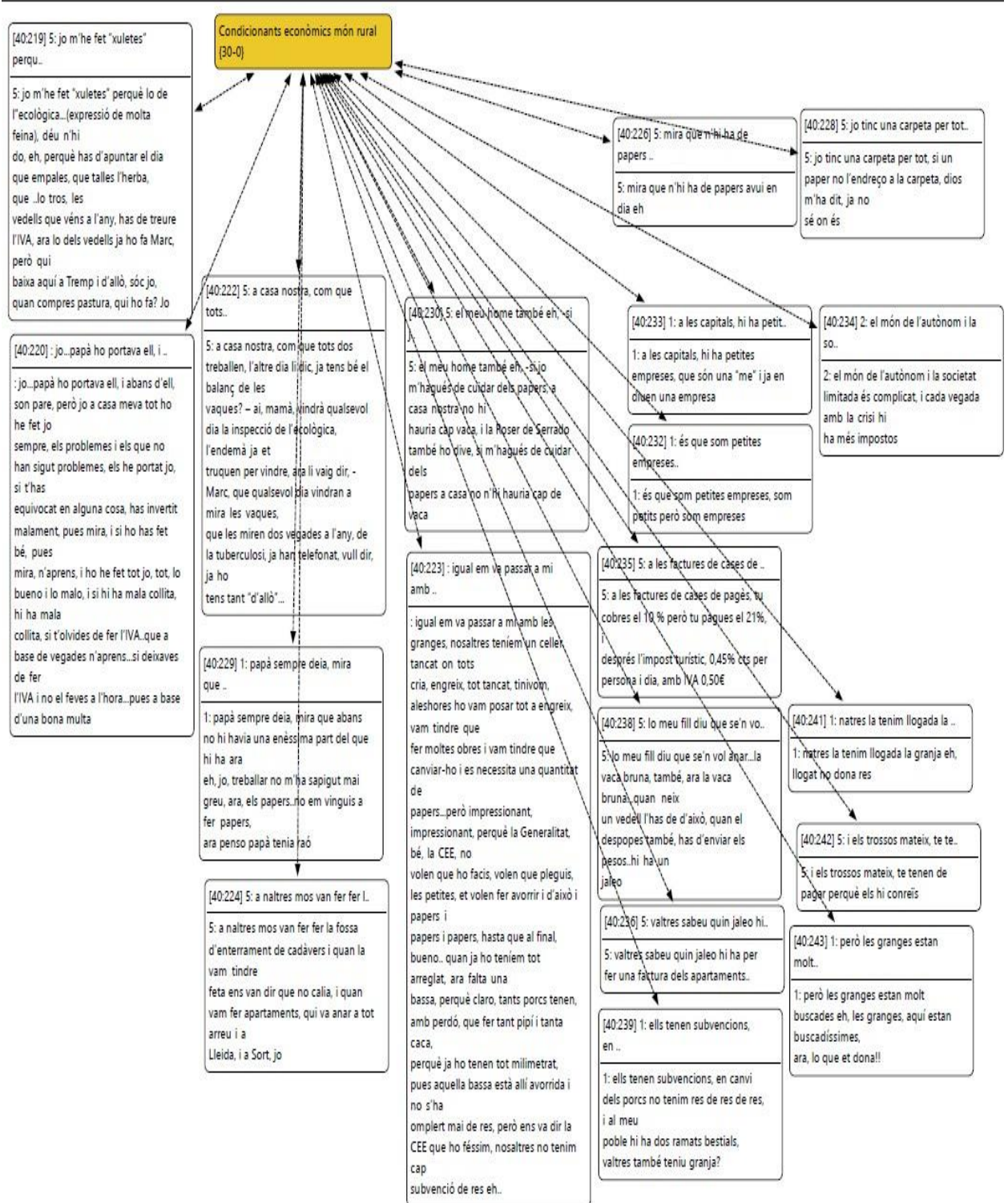
Condicionants econòmics món rural



Font: Elaboració pròpia a partir d'Atlas-ti

Gràfic 7.4.12 Afirmacions de dones cuidadores de la família pairal sobre condicionants econòmics i ruralitat

Condicionants econòmics món rural



Font: Elaboració pròpia a partir d'Atlas-ti

7.4.2.3 Cura i gènere a la família pairal

Es constata en el discurs una comparació continuada entre “l’abans” i l’“ara” en relació a la participació de diferents gèneres en la cura. Si les generacions precedents de les entrevistades i els propis marits no han participat en absolut en les diferents tasques de cura familiar: *“el meu pare no s’havia aixecat mai de taula per portar un plat o per a anar a buscar una forquilla”*; *“al tros, a la casa i a tot, i els crios no te’ls tocaven per res, ni canviar un bolquer”*. Destaca però, l’autoritat de la sogra, com a mestressa de casa en l’administració econòmica de la llar *“a casa nostra primer la padrina ho administrava tot, mon sogre res, tot ho manava ella”*. El grup constata canvis en el comportament de les noves generacions, els seus gendres i fills sí que comencen a implicar-se en la cura dels propis fills i filles. Remarquen també la col·laboració en forma auxiliar d’“ajuda” dels fills mascles, mentre són a casa, en les tasques de cura dels grans. (Veure gràfic 7.4.13)

7.4.2.4 Relacions intergeneracionals en la família pairal

- **Patriarcalisme i pairalisme.** El pair o pare, figura clau del sistema familiar pairal-patriarcal, desplegava el seu poder en tota figura masculina dels membres de la llar. El pairalisme s’expressava dins la llar a través de privilegis quotidians atorgats al gènere masculí.

Jo he vist sempre a casa, dos homes que hi havia a casa eren los reis. Les dones, mira, tenia unes gallines i si no hi havia prou ous, los dos ous pels homes, a casa, a els ous dels homes eren sagrats. (GD1:1)

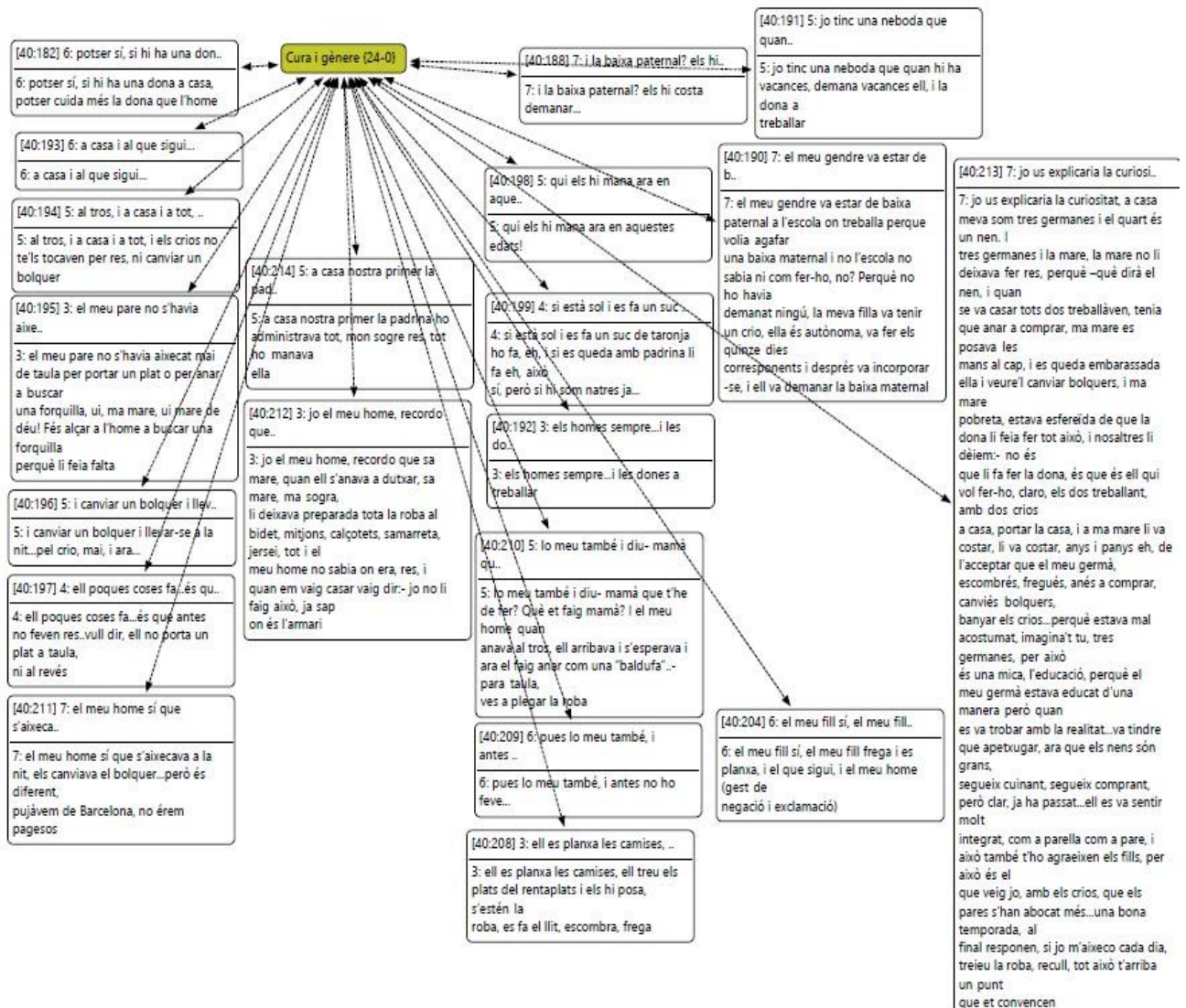
Sí, jo ho he viscut, inclús amb plàtans, no et mengis aquest plàtan que només n’hi ha un i és pel nen, pel nen. (GD1:5)

- **El poder de la sogra sobre els afers domèstics.** La sogra, mestressa de la casa pairal era qui manava dins la llar, una vegada duta a terme la divisió sexual de les tasques. Les joves, en casar-se i entrar a la família pairal se sotmetien casa meua eren sagrats. Ara, les dones si convinive se quedaven sense ou, perquè a la seva autoritat directa i es creava una nova jerarquia expressada en una altra divisió de les tasques pròpies de la pròpia sogra i altres, de la jove.

La meva sogra feve l’hort, els conills, les gallines, els tossinos i cosir i jo feia la feina de casa, i a portar les vaques al tros, munyir, i quan havia munyit portava al nen al cole i anava a l’hotel Molinos o a Sallente a llimpiar...ella feve el menjar i jo rentava els plats, repartívom.(GD1:5)

Gràfic 7.4.13 Afirmacions de dones cuidadores de la família pairal sobre l'associació cura i gènere

Cura i gènere



Font: Elaboració pròpia a partir d'Atlas-ti

El poder de la padrina o la sogra també es mostrava quan aquesta era *pubilla* casada amb un cavaler: *“la meva mare era la última paraula del ‘creador’, tot ho manava la padrina, com que era la pubilla de la casa, i papà era el súbdit, lo que deie padrina, feve papà”*(GD1:1).

En el cas de mestresses de casa amb caràcter fort i decidit, la concessió de poder atorgada pel gènere masculí es descriu així, referint-se a una dona de “casa forta” que manava amb forta determinació: *“lo padrí, que ja no hi és,*

sempre dive: es va posar els pantalons però els hi he deixat portar perquè ho ha sapigut fer.” (GD1:5)

- **Submissió de les joves i filles en la família pairal.** La submissió de les dones, més en el cas de les joves, era obligada i s'expressa en termes de resignació forçada: *“les dones havíem d'aguantar lo que fos, perquè on anaven? si no tenien on caure mortes!” o “no, el que nosaltres vam aguantar, mai...” (GD1:5)*

7.4.2.5 Canvis en el sistema d'obligacions familiars i en les relacions intergeneracionals

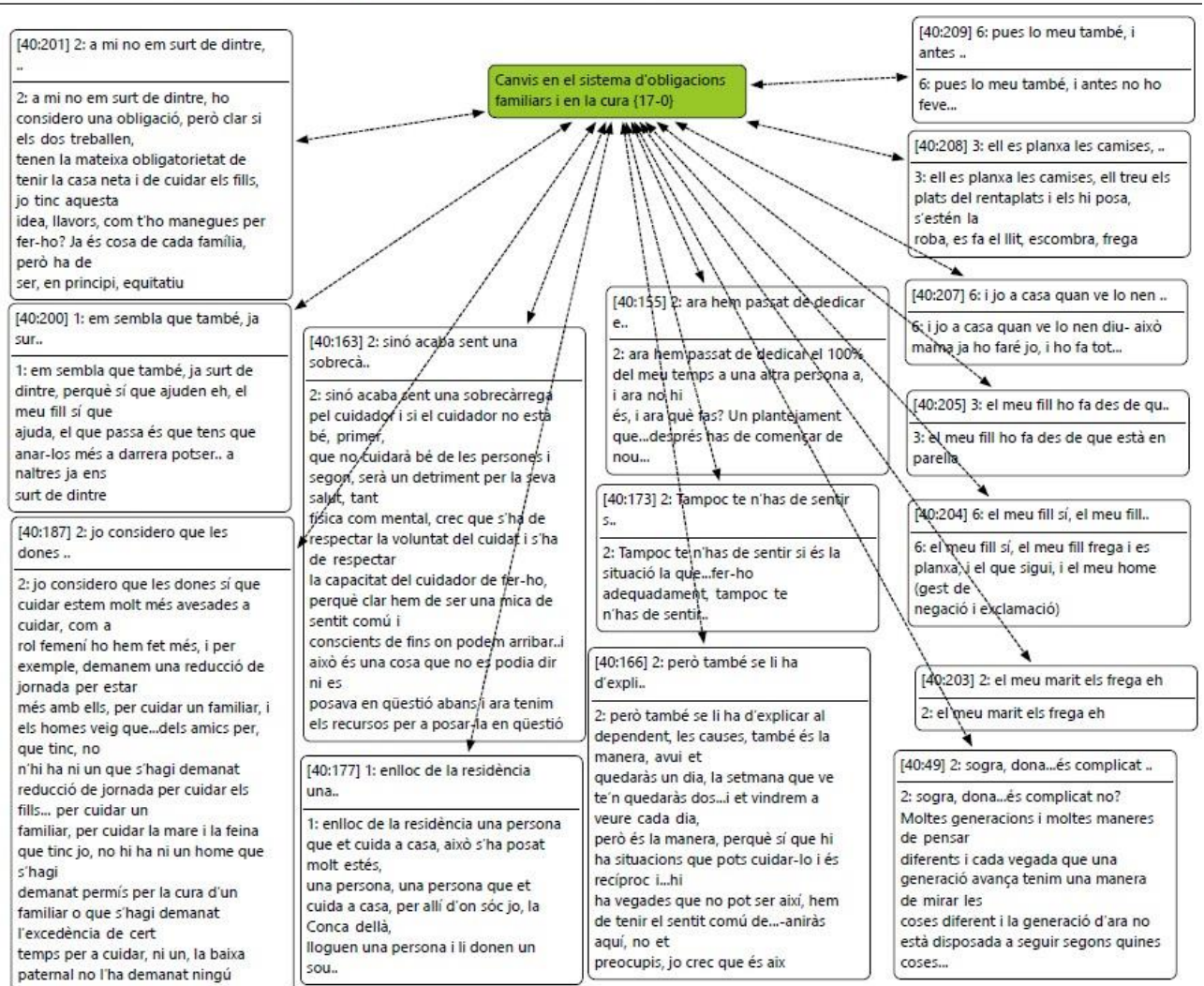
D'acord amb l'OE4.3, aquest grup¹¹⁰ assenyala canvis en la forma d'abordar les relacions entre generacions actual referent a la cura dels membres familiars.

- Autocura de la persona cuidadora per a evitar la sobrecàrrega.
- Qüestionament del fet de cuidar, entès com a obligació compartida amb equitat.
- Progressiva participació per part del gènere masculí en les tasques familiars i canvis en els seus rols familiars, tot i que encara és incipient i el seu paper és auxiliar (“ajuda” o “col·laboració”)
- Plantejament i acceptació per part de les llars de contractar una persona de fora de casa per a dur a terme la cura directa.
- Lliurament del sentiment de culpabilitat (relaxament del pes moral) pel fet de dur a una persona gran a un centre residencial.
- Manca de temps per a la cura de fills i filles i d'altres membres de la família.

¹¹⁰ El tema dels canvis dins els rols familiars, és introduït en el discurs per la filla jove que acompanya la seva mare cuidadora familiar, fet que permet incorporar les percepcions de la resta del grup sobre el tema.

Gràfic 7.4.14 Afirmacions de dones de la família pairal sobre canvis en el sistema d'obligacions familiar

Canvis en el sistema d'obligacions familiars i en la cura

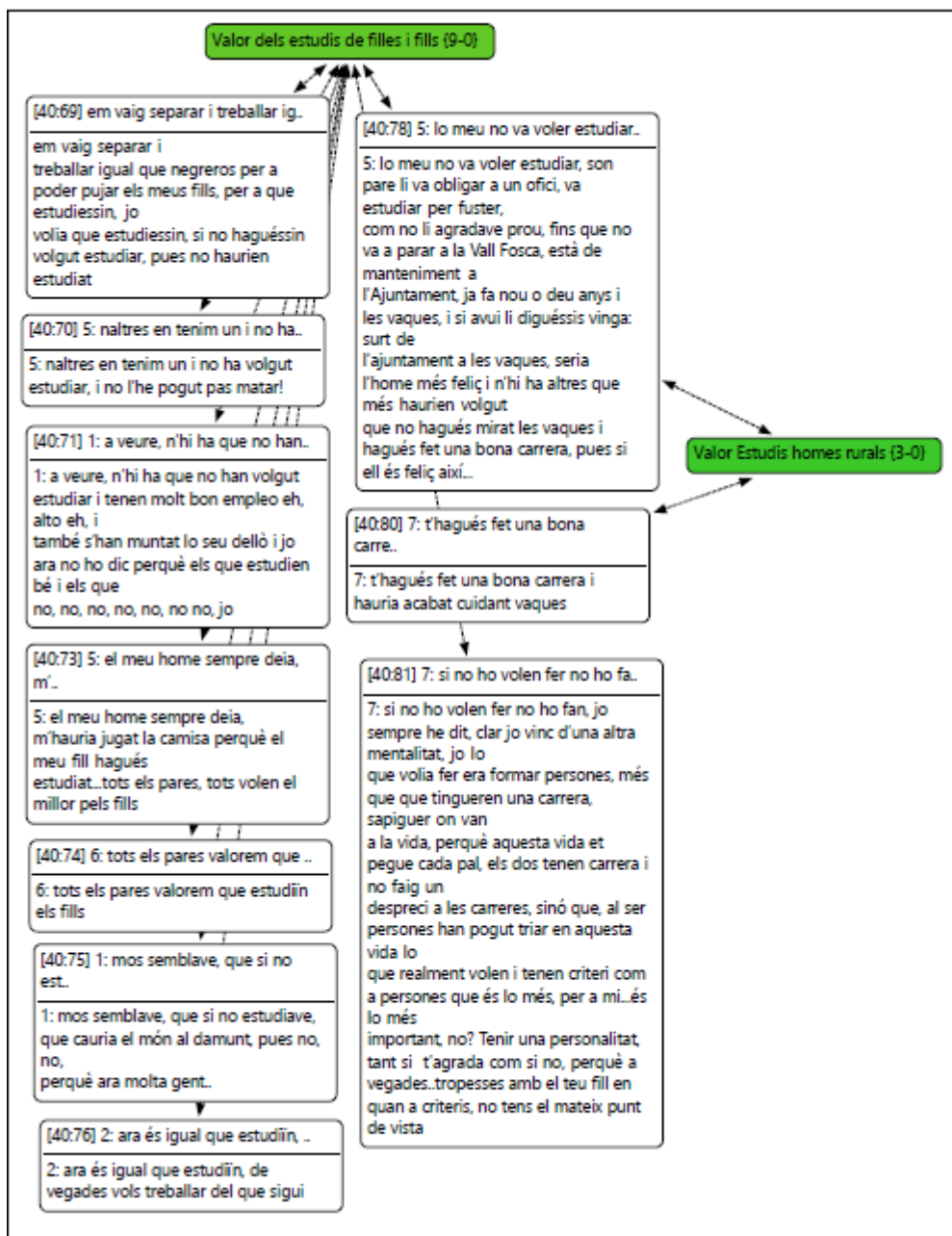


7.4.2.6 El valor de l'educació de fills i filles

El grup introdueix el tema del valor de l'educació de fills i filles. Pràcticament la major part dels fills i filles de les dones entrevistades han dut a terme estudis superiors i aquesta qualificació els han conduït a viure fora del seu nucli. Els estudis i la formació han estat un factor de mobilitat generacional i geogràfica de molts joves en el món rural. En el grup, es constata la tendència a la mobilitat laboral per part de les noies més que en el cas dels nois, hagin estudiat o no, aquests darrers.

Gràfic 7.4.15 Afirmacions de dones de la família pairal sobre el valor dels estudis de fills i filles

Valor Estudis homes rurals, Educació i valors fills i filles..

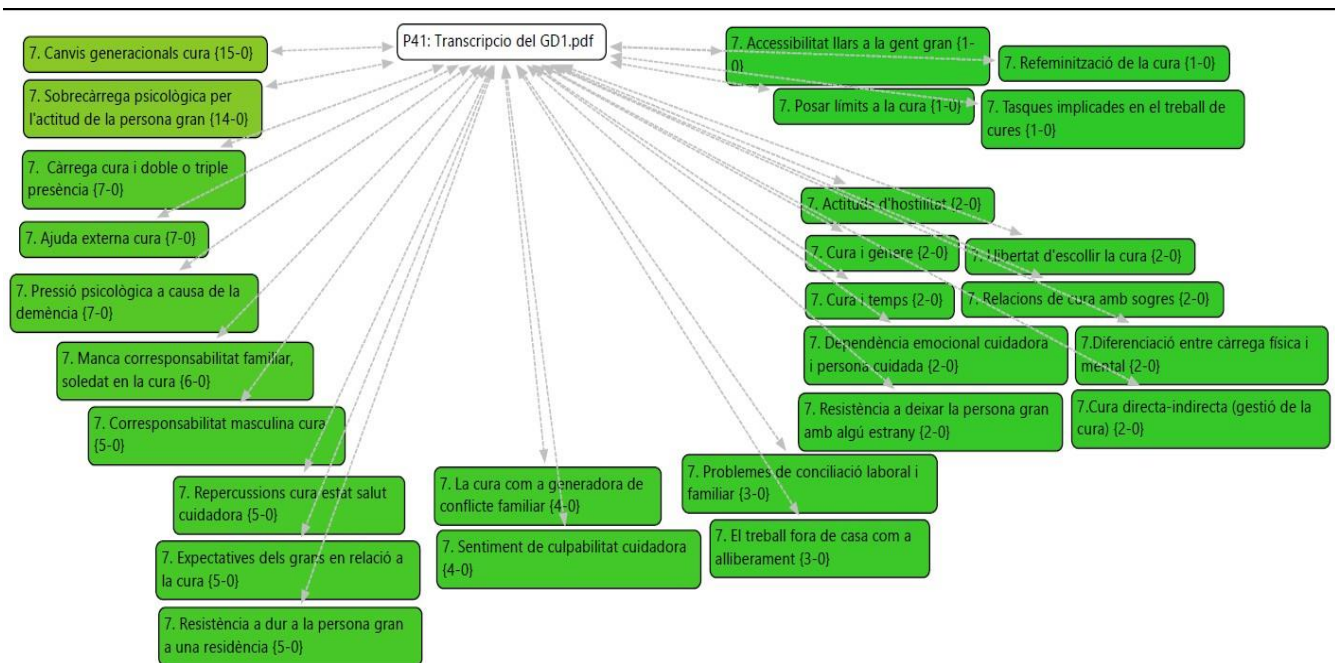


Font: elaboració pròpia a partir d'Atlas-ti

SEGON GRUP DE DISCUSSIÓ (G2) amb dones cuidadores familiars que treballen remuneradament fora de casa a més de cuidar (Comarca Pallars Jussà i Comarca del Segrià).

El treball remunerat fora de casa de les dones introdueix noves temàtiques en l'organització familiar de la cura, alhora que noves problemàtiques com són: *la sobrecàrrega psicològica de la persona cuidadora, la distinció entre càrrega física i psíquica, cura directa i cura indirecta, conflictivitat familiar en el repartiment equitatiu i en l'assumpció de les cures, diferències i desigualtats de gènere, manca de corresponsabilitat masculina, necessitat d'ajuda externa en les cures i problemes de conciliació de la vida laboral, familiar i personal.* Les dones d'aquest grup tenen edats compreses entre 47 i 64 anys. Totes elles treballen a jornada completa fora de casa. Tenen diferents nivells de qualificació laboral.

Gràfic 7.4.16 Categories temàtiques GD2 Dones cuidadores amb treball remunerat.



Font: Elaboració pròpia a partir d'Atlas-ti

7.4.2.7 Canvis generacionals i en el sistema d'obligacions familiars

Tant el GD1 com el GD2 manifesten ésser conscients de ser *generació frontissa*. Aquest grup en especial, constata canvis en les llars familiars en relació a la manera de tenir cura dels grans. Es dona un xoc entre el respecte a les expectatives dels grans de ser

cuidats pels fills (o més aviat filles) i la realitat pràctica d'aquestes filles o fills treballant remuneradament fora de casa. També expressen obertament que els propis fills no les cuidaran, i que aquesta modalitat de cura familiar no es repetirà de la mateixa manera. Existeix una *resistència a no voler reproduir el condicionament de la vida de fills i filles* per cuidar.

Nosaltres potser som la generació que està entremig de ells...que van tenir els seus pares i que ells entenen que els seus fills els haurien de tenir a ells i nosaltres sí que tenim els nostres pares, però ja tenim clar que els nostres fills no els tindran, almenys els nostres fills. (GD2: 4)

Si em faig vella, quan jo ja no em pugui valdre, jo me demanaré una residència o on sigui i nens, veniu-me a veure quan vulgueu, que estaré encantada de veure-us (...) perquè no tinc perquè condicionar-los la vida.(GD2:4)

Per altra banda, aquesta generació planteja el fet de tenir cura com a *decisió lliure i s'inicia una incipient desvinculació al fet que ho hagi de fer perquè sota mandat de gènere o perquè s'és una dona*. Aquesta generació albira la idea d'escollir cuidar però encara no ho pot fer, sinó que "ha hagut de cuidar". El dilema cuidar per obligació (mandat moral) versus elecció (racional o voluntària), sorgeix, tot i de retruc.

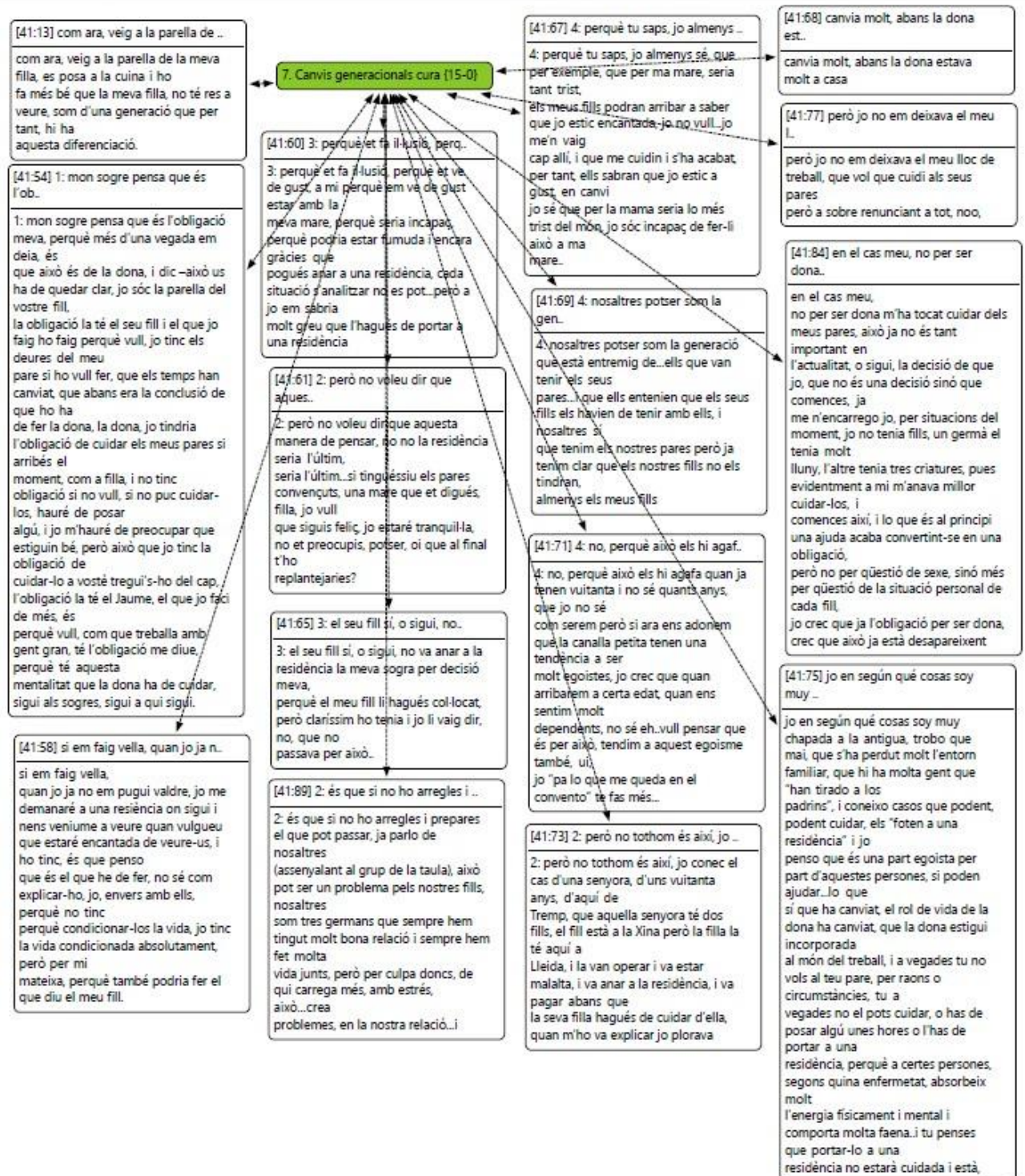
El treball remunerat de les dones constitueix un fet al que no es renunciarà arribats a un determinat nivell de qualificació o formació de les dones (la renúncia a deixar el propi lloc de treball per cuidar, en tot cas, es pot plantejar quan "surta a compte econòmicament", lligat a unes fonts d'ingressos baixos, sinó no, i això és el que passa en la majoria dels casos). Existeix una resistència clara per part de moltes dones a no voler deixar el treball remunerat fora de casa pel treball de cura. (Veure gràfic 7.4.16).

Però jo no em deixava el meu lloc de treball, que vol dir que cuidi als seus pares però a sobre renunciant a tot, noo.(GD:1)

Lo que sí que ha canviat, el rol de vida de la dona ha canviat, que la dona estigui incorporada al món del treball i a vegades tu no vols el teu pare, per raons o circumstàncies tu no el pots cuidar, o has de posar algú unes hores o l'has de portar a una residència. (GD:1)

Gràfic 7.4.17 Dones cuidadores amb treball remunerat i canvis generacionals

7. Canvis generacionals cura



Font: Elaboració pròpia a partir d'Atlas-ti

7.4.2.8 Anàlisi sociològica discursiva del GD2

A continuació es mostren els resultats del GD2 aplicant l'anàlisi sociològica discursiva d'acord a les qüestions plantejades i l'ordre de desplegament de les respostes introduïdes.

Primera qüestió: Quin espai ocupa en vosaltres el fet de cuidar?

- a) S'estableix una associació amb el *temps de cura* i s'observa conflictivitat i tensions entre aquests conceptes:

Bastant temps, força temps, tot i que...has de pensar que...cura, què vols dir, directa? Perquè fer-li companyia i estar amb ell, potser també és atenció, no? Aleshores si s'entén com tenir cura d'una persona gran, netejar-la, donar-li el menjar, fer el menjar, fer la casa, fer-li companyia, tot...doncs un percentatge alt, no et sabria dir...mira (GD2:3)

Jo hi dedicava més hores, hi dedico més hores als meus pares que fins i tot a la meua casa i a la meua família, perquè només aixecar-me, abans d'anar a treballar, passo per casa, quan estic treballant aprofito un moment per a trucar, després els anava a portar a dinar, després els anava a recollir del dinar, perquè jo no tinc temps per a cuinar i ells no poden tampoc cuinar (GD2: 2)

He portat la càrrega del treball, treballa en una residència, en un geriàtric, de hecho portava la casa, els metges, els meus sogres, el futbol del nen, sortides i entrades, canvis d'horaris constantment, fins el 2013 portava tota aquesta tensió, i aleshores es va ficar malalt el meu home, amb un enfisema pulmonar (GD2:1)

- b) S'introdueix la noció o concepte *d'ajuda*, ajuda que pot ser física, a través d'una persona contractada, però la *càrrega mental* es continua duent a sobre.

Jo per a mi, fins fa un mes, perquè ara des de fa un mes tinc a una persona ...però igualment, també, és una qüestió més física, perquè en ment estic contínuament jo des de que tinc ajuda, que ha canviat, evidentment d'aquesta persona a la nit ja no me n'he de preocupar, i és un gran descans, no vol dir que no estigui pensant i no pugui deixar de trucar, està tot bé?(GD2:2)

Jo he passat de que em suposava, menys set hores, la resta estar allà, he passat a una situació d'augmentar l'ajuda i a vegades m'estic mirant com l'estan cuidant, i jo pues em dedico més a dir-li tonteries, i a fer-la cantar, i a fer-la ...de números..que li agrada comptar també, bueno, fent coses amb ella que no són d'atenció directa, però aquesta situació és des del setembre, abans no, des del setembre perquè vaig estar fumuda i m'era impossible atendre-la i vaig veure que aquesta és una solució, de tenir més ajuda i poder respirar més. (GD2:3)

Vaig tenir que deixar que una persona, que m'ajudava algun moment en petites coses, perquè eren petites coses, perquè tot ho portava jo. (GD2: 1)

“Perquè no pensàvem perquè ma mare deia que no necessitàvem a ningú, però com que la van atropellar i va haver d'estar més d'un mes a l'hospital, pues va ser el moment en que vam dir:- s'ha acabat i algú ha de venir a casa, i jo ho agraeixo molt , perquè ara començo a mini viure una mica, perquè si no, hagués esclatat . (GD2:2)

c) De les quatre participants, les dues pertanyents a generacions de més edat optaren per conviure amb la seva mare, sigui duent-la a casa seva, sigui anant a viure a casa de la mare (estratègia residencial vinculada a la cura familiar tradicional). Al contrari, les altres dues dones més joves conceben la necessitat de separar físicament els espais propis dels de cura. (Així i tot, l'una s'ha vist obligada a acollir, des de fa uns mesos, el seu sogre a casa seva mentre espera plaça pública a la residència i l'altra ha anat traslladant els seus pares de poble en poble on exercia professionalment com a docent interina).

Aleshores quan va morir el papa, jo me'n vaig anar a viure amb ma mare, perquè jo no podia deixar-la amb un estrany i posar-lo allí amb ella. (GD2: 4)

No sóc capaç d'estar-me a casa meva sola, tranquil·leta, sapiguent que ma mare està sola, a casa seva, amb una persona estranya, no? Aleshores el que vaig fer és anar-me'n a viure amb ella(GD2:4)

Però sí, parlo per mi mateixa, jo també sóc humana, jo també me canso, jo no tinc, jo no tinc un espai, jo és que és de dilluns a diumenge, de dilluns a diumenge...sempre, tots els dies, tot l'any, saps? (GD2:4)

Jo no tinc vida a casa des de que ell està a casa, jo si volia anar amb una samarreta i no portar res més, és que ara, des de que està instal·lat a casa, quan visquia amb el Jaume...m'ha canviat el rol de vida en tots els sentits, i tu a casa ja no tenies la intimitat que tenies abans, m'ha fet un gir...(GD2:1)

d) La *necessitat de posar límits "en la cura"* és expressada per les dones que estan sofrint menys la situació, però que potser ja l'han soferta en el passat i han après d'aquesta experiència. Al contrari, les dones que no són capaces de posar-ne, des d'un punt de vista psicològic duen molta més pressió i sobrecàrrega.

Al llarg de tota la vida, la meva sogra, si jo li hagués fet cas, estaria enterrada, o sigui, jo li deia que sí a tot, em girava la volta i feia el que em semblava. (GD2:3)

Ella em martiritzava, tenia uns gelos patològics de que el seu fill s'hagués casat, i ja no m'ho va perdonar mai, i per tant, tenia un egoisme absolut, però la manera de sobreviure, era dir-li que sí, - aquí no hi heu d'anar per lo que sigui..., -ah, no? D'acord.(GD2:3)

S'ha de posar un límit perquè sinó...(GD2:3)

S'ha de ser cerebral perquè si no et fumbrà al cementiri, eh (GD2:3)

e) *L'actitud* (sovint hi ha deteriorament cognitiu lleu o greu) de la persona receptora de cures és percebuda com a condicionant del grau de desgast de la pròpia cuidadora.

Esa negativitat que té me xuclava molt, i encara me segueix xuclant (GD2:1)

Lo que és molt dur, i jo porto molt malament, és l'actitud, la depressió, o sigui l'estar amb una persona, que no té...sí te ganes de viure però no sé com explicar-ho, és com que t'absorbeix l'energia, és tant negativa, és tot tant trist, tant...(GD2:4)

I és que m'està observant tot el dia, i és que em posa...em posa a cent, i em va xuclant, i no estic treballant i acabo més agotada estando a casa fent menos coses que el dia que me'n vaig a treballar, m'agota molt més...oohhh, cómo me agota...(GD2:1)

Des de que té la malaltia, l'Alzheimer, l'egoisme la supera i llavors he de vigilar quan jo arribo allà, a la primera que li he de fer un petó és a ella, a la primera que li he de fer un regal, és a ella, a la primera que li he de donar el dinar és a ella, a ella i si mon pare pobre home es queixa perquè no es troba bé, és que bueno, es posa nerviosa..i té uns gelos que la superen, la superen, de manera que ara fins i tot, després de quatre o cinc anys que no surto de casa, en el sentit que no me'n vaig enlloc per no deixar-los (GD2:2)

Segona qüestió: Com veieu els canvis que actualment viu la família tradicional, quins canvis observeu dins de les famílies actuals?

Aquesta segona pregunta pretén respondre a l'OE4.2 o detectar canvis en el sistema d'obligacions familiar i com s'interpreten.

a) El sistema familiar tradicional considerava que era obligació *de la dona o filla* fer-se càrrec de les persones malaltes, grans, o vulnerables. Davant d'aquestes expectatives per part dels grans, els fills/es, preferentment les dones, hi responen un cop socialitzat i interioritzat el desig dels pares.

Mon sogre pensa que és l'obligació meva, perquè més d'una vegada em deia, és que això és de la dona (GD2:1)

Que abans era la conclusió de que ho ha de fer la dona, la dona, jo tindria l'obligació de cuidar els meus pares si arribés el moment, com a filla, i no tinc obligació si no vull, si no puc cuidar-los, hauré de posar algú, i jo m'hauré de preocupar que estiguin bé, però això que jo tinc la obligació de cuidar-lo a vostè tregui's-ho del cap, l'obligació la té el Jaume, el que jo faci de més, és perquè vull, com que treballa amb gent gran, té l'obligació me diuen, perquè té aquesta mentalitat que la dona ha de cuidar, sigui als sogres, sigui a qui sigui.(GD2:1)

I ell deia, - jo tenint dues filles? El papa tenia claríssim que era la nostra obligació, ajudar-lo, cuidar-lo, o el que sigui, i te dic una cosa, jo, també ho tinc interioritzat així, envers a ells, jo entenc que és la meva obligació, és que si no, jo no em trobo bé, suposo que t'ho van inculcant de petit.(GD2:4)

Jo tinc la vida condicionada absolutament, però per mi mateixa, perquè també podria fer el que diu el meu fill. Posem una dona, o dos dones, o el que convingui i tu te'n vas cap a casa..noo, perquè no podré, sé que no podré, jo necessito ser jo la que està amb la mare, perquè vull ser jo.(GD2:3)

Així no obstant, una participant posa sobre la taula el fet que, si canviessin les expectatives dels pares, també canviarien les dels fills, i són conscients que elles mateixes accepten aquest condicionament familiar perquè els seus pares haurien desitjat ésser cuidats per les filles, però alhora aquestes afegeixen que no volen

reproduir aquestes expectatives o condicionaments amb els seus propis fills/es (La majoria dels quals es troben molt lluny geogràficament i laboralment d'elles).

Però no volem dir que aquesta manera de pensar, no no la residència seria l'últim, seria l'últim...si tinguéssiu els pares convençuts, una mare que et digués, filla, jo vull que siguis feliç, jo estaré tranquil·la, no et preocupis, potser, oi que al final t'ho replantejaries? (GD2:2)

Jo almenys sé, que per exemple, que per ma mare, seria tant trist, els meus fills podran arribar a saber que jo estic encantada, jo no vull...jo me'n vaig cap allí, i que me cuidin i s'ha acabat, per tant, ells sabran que jo estic a gust, en canvi jo sé que per la mama seria lo més trist del món, jo sóc incapaç de fer-li això a ma mare.(GD2:4)

Nosaltres potser som la generació que està entremig de...ells que van tenir els seus pares...i que ells entenien que els seus fills els havien de tenir amb ells, i nosaltres sí que tenim els nostres pares però ja tenim clar que els nostres fills no els tindran, almenys els meus fills (GD2:4)

En el cas meu, no per ser dona m'ha tocat cuidar dels meus pares, això ja no és tant important en l'actualitat, o sigui, la decisió de que jo, que no és una decisió sinó que comences, ja me n'encarrego jo, per situacions del moment, jo no tenia fills, un germà el tenia molt lluny, l'altre tenia tres criatures, pues evidentment a mi m'anava millor cuidar-los, i comences així, i lo que és al principi una ajuda acaba convertint-se en una obligació, però no per qüestió de sexe, sinó més per qüestió de la situació personal de cada fill, jo crec que ja l'obligació per ser dona, crec que això ja està desapareixent. (GD2:2)

b) Es fa una reflexió sobre *la reproducció familiar* entorn la cura, des d'un punt de vista generacional:

-No, com ells van cuidar a l'avi o a la sogra ara creuen que és la seva obligació fer el mateix, i jo penso:-no hauria de ser a l'inrevés, aquestes persones que ho han patit, saber el que suposa cuidar a una altra persona, i ara que l'esperança de vida ha augmentat, poden ser molts anys, no són tres anys, poden ser set o deu o dotze, i no podien reflexionar:-no, no, el que jo he viscut no ho vull pels meus fills, no ho reflexionen ja ho veiem. (GD2:2)

I sobre l'entorn familiar, si, que...suposo que clar, hem de tenir coneixement, però suposo que si quan arribem a una certa edat, ens preparéssim bé nosaltres, per facilitar les coses als nostres fills, tot aniria millor. (GD2:2)

c) La obligació tradicional de tenir cura dels pares grans sovint es tradueix en conflictes i desigualtats entre germans i germanes de la figura cuidadora, per manca de corresponsabilitat familiar. S'observa una qüestió de gènere latent, però sembla que també va lligat al tipus de fill o filla disponible o més proper físicament o geogràfica.

Nosaltres som tres germans que sempre hem tingut molt bona relació i sempre hem fet molta vida junts, però per culpa doncs, de qui carrega més, amb estrés, això...crea problemes, en la nostra relació...(GD2:2)

Afecta, a les relacions familiars, afecta...perquè a més si tu estàs cremat, jo per exemple, amb ma germana.. (GD2:3)

Perquè jo amb ma germana he tingut sempre una relació immillorable sempre, i des de que va morir el papa, és clar, quan va marxar...-es que jo vindré de tant en tant i m'hi estaré quatre o cinc dies perquè tu marxis, però no sé què, però...aquesta és la teoria però després a la pràctica...(GD2:4)

A la pràctica no existeix això, a més què passa, jo estic sola, jo no tinc parella, ella amb el seu home si tenen uns dies, fan vacances aquí o allà o on sigui, clar, no té més dies després per...aquest estiu vam tenir una mica de roce per...-que no vas dir que volies anar a l'excursió d'anglès que no sé què?- què, com he d'anar a l'excursió d'anglès. (GD2:3)

Tercera qüestió o consciència de gènere. El paper del gènere masculí en la cura. Corresponsabilitat o absència de compromís.

a) Una participant expressa suport en forma d' "ajuda" per part del seu marit (jubilat) en referència a la cura de la seva mare (o sogra d'aquest).

El meu marit m'ajuda i té molt bona voluntat, però no està habituat ni està educat, era un fill únic, i com jo també, això no vol dir res, però vaja, els pares li havien fet i quan no, jo, i és una persona que, com ara, veig a la parella de la meva filla, es posa a la cuina i ho fa més bé que la meva. (GD2:4)

Altres participants lamenten com afecta a la relació de parella el treball de cura i manifesten distància pel que fa a la implicació dels seus companys.

Todos estos anys, en parella t'afecta molt, t'afecta moltíssim perquè vull dir, el neguit que tens, en relacions íntimes amb la teva parella, tu vas molt cansat, t'afecta molt i vull dir, enfados per una cosa que no l'entén, t'afecta de moltes maneres, carrega molt...(GD2:1)

Jo tinc problemes, jo he tingut algun problema amb el meu marit...pel tema d'implicar-se.(GD2: 2)

El Jaume no s'implicava, els seus pares...jo li vaig dir, els teus germans fan la seva vida, ells tenen d'això i t'has de començar a implicar una mica, tu ara has de portar al nen, jo no puc estar fent tants canvis. Llavors va ser quan el Jaume va començar a cuinar, a ajudar més a casa, a fer coses, perquè jo no em puc partir, jo no puc, feia molts canvis, anava agotada, a vegades havia de fer un canvi del matí a la tarda perquè el nen anava a entrenar, per a portar als seus pares al metge, i t'has d'implicar una mica més, era agobiante, tot això (GD2:1)

El que estàs explicant aquí si que veig que és una mica una situació una mica sexista, perquè en el meu lloc, jo al meu marit no l'he implicat, o sigui, la única cosa implicada és que ha de passar unes hores més, potser amb la nostra filla, de les que tindria si no tingués la càrrega dels meus pares, però implicar-se directament res, no li he demanat mai res, un dia que em van trucar a les cinc de la matinada que els meus pare havia perdut el coneixement, evidentment si que el va ajudar perquè el teníem d'aixecar...però sinó mai, mai, te vull dir que..en aquest cas també sóc conscient que el meu home no..., no li toca, tenint dos germans més...(GD2:2)

- b) La *sobrecàrrega psicològica i mental* del treball de cures ha requerit sol·licitar atenció psicològica.

Pues jo he tingut que dir-los: emporteu-vos al pare una setmana perquè mentalment, psicològicament, me supera, necessito estar una setmana sola, ho he tingut que demanar(GD2:1)

Jo amb aquesta situació vaig començar a anar a la psicòloga...(GD2:2)

Jo hi vaig un cop al mes eh...jo vaig un cop al mes des de...jo no vull caure, jo no me puc permetre el luxe de caure en una depressió...el nen de dotze anys, hipoteca...(GD2:1)

Per això, ella (la psicòloga) em va donar un consell que em va fer molta gràcia, ella coneixia a una persona que...i un dels consells que em va donar, arran del que estàs dient tu (la 1), va ser, va dir, -has de contractar algú, ja fa molt temps, ara quan diria que ja he contractat algú, fa molt temps...em va dir, primer has d'aclarir quina és la situació i us heu de repartir la feina entre els germans perquè si no acabareu fatal, i a més ells quan assumeixen el que els hi pertoca, també veuran el que estàs fent, i això també ja ha passat amb el meu germà petit, quan el meu germà petit va aprofitar les seves vacances i se va quedar una setmana amb els meus pares, vuit dies, i va veure tot el que hi havia, no?. Diu, si podeu ficar-vos d'acord i un cap de setmana un, un cap de setmana un altre, aquest cap de setmana no has ni d'aparèixer per casa dels teus pares, te quedes a casa teva i que ell ni sàpiga si hi ets o no hi ets i aquell cap de setmana és teu, i si no et vols aixecar del llit aquell cap de setmana, no t'aixequis, fas el que vols.(GD2:2)

Grup de discussió 3 (GD3). REPRESENTATS D'ENTITATS I INSTITUCIONS GESTORES DE CURES A PERSONES GRANS.

D'acord amb l'OG3 de la tesi, la feminització i refeminització de la cura, a través de l'externalització de la cura a "altres dones" sorgeixen dos tipus de discursos que introdueixen la dimensió econòmica i la simbòlica (valor social) de treball de cures en el mercat global de cures.

Primer discurs: **"El sistema no funciona perquè estem dins d'un sistema patriarcal"**

Davant la qüestió que es planteja sobre la *resposta social* a les necessitats de cura i de dependència derivades de l'envelliment i la discapacitat, s'al·ludeix al fet que ens trobem en una societat patriarcal com a causa del mal funcionament del "sistema"¹¹¹. S'estableix una relació entre *el caràcter tradicionalment no remunerat del treball de cures exercit per dones i el treball de cures remunerat dut a terme per les dones subjectes de l'estudi, les dones migrades*. S'evidencia, de retruc, **el baix reconeixement de les tasques de cura** en el mercat. "Quant s'està disposat a pagar per aquests serveis? Es paga el preu mínim digne que s'hauria de pagar?"

¹¹¹ Cal matisar que aquest discurs queda *submergit* després d'ésser expressat, o provoca una mena de xoc en els participants, que no l'expliciten, excepte en els casos d'una representant del sector privat i de dues afirmacions tímides de dones representants del sector públic

Tot perquè estem en un sistema patriarcal. (GD3. Dona. Entitat social privada)

És que qui els atén ha sigut gratis durant tota la vida. Si has de pagar quinze euros l'hora... (GD3. Dona. Empresa privada)

És la percepció: si puc pagar 500, és que ho feia la meua dona gratis... [...] i la qüestió dels horaris... una persona en situació de fragilitat pot necessitar una persona el diumenge a la nit, i no hi ha servei. Què fas? Recorres, si no tens el familiar, perquè no hi és, perquè està treballant, perquè té la seva vida, perquè té el seu muntatge, recorres a la contractació en negre. És el més fàcil. És el que tens a l'abast. Però clar, s'ha d'afavorir, s'ha de fer la pedagogia, no? Tant per les persones que contracten com per les persones que hi van. (GD3. Dona. Entitat social privada)

Jo, més que no hi hagi serveis, és que la gent no està disposada a pagar el que val "(GD3. Home. Treballador sindicat)

No està disposada o no pot (GD3. Dona. Consell Comarcal Alt Urgell)

O no pot... Si jo puc anar al cine, si tinc els diners per pagar l'entrada. Però, si no, no hi aniré. (GD3. Home. Treballador sindicat)

No, la cura d'una persona gran no és "si vull". (GD3. Dona. Consell Comarcal Alt Urgell)

Discurs 2. La realitat social del treball de cures amb persones d'origen estranger es descriu com a feminitzada

Hi ha un discurs que descriu la realitat del treball de cures externalitzat i remunerat està format per dones en la seva majoria (feminització i refeminització de les cures).

Nosaltres treballem amb dones, amb dones des de la cura, i des de la recepció de les cures, perquè la majoria de les usuàries són dones i la majoria de les nostres cuidadores són dones. Llavors, el mercat de les cures, des de la perspectiva que tinc jo, és que està molt feminitzat (GD3: Empresa privada)

"A veure, nosaltres l'estigma el veiem claríssim també i la feminització també, que va més enllà de la percepció, perquè és com si les dones tinguessin un gen preparat per a cuidar i hi ha moltes coses que no les pugui fer un home, eh". (GD3: Sindicat CITE-CCOO)

"Nosaltres veiem, almenys en el nostre servei, que totes les persones que acudeixen que treballen a les llars són dones, absolutament totes, hi ha molts pocs casos d'homes."(GD3: Sindicat CITE-CCOO)

Grup de discussió 4 (GD4). PERSONES FAMILIARS DE PERSONES GRANS EN SITUACIÓ DE DEPENDÈNCIA QUE HAN CONTRACTAT SERVEIS DE CURA A PERSONES MIGRADES

El grup format per familiars manifesta indiferència, pel que fa al gènere, a l'hora de cuidar, i afirma que el que importa és la persona i la feina que fa.

Sí, sí, sí, a veure, jo no ho sé, que m'agradi la persona. Si m'haguessin portat un noi, si feia les coses ben fetes i era simpàtic, a mi tant m'hagués fet, tant home que dona, tant emigrant com catalana. A mi m'és igual. Bueno, vaig tenir sort que em va venir una boliviana, la primera. (GD4: 1)

És que és la persona. Més que home o dona és la persona, dic jo. Hi ha nois que són prou macos per cuidar. (GD2:2)

Per altra banda, quan sorgeix el paper dels homes cuidadors la posició ideològica és la mateixa en aquest grup (GD4) que en l'anterior (GD3): hi ha una valoració positiva dels pocs homes que treballen en aquest sector.

Allí tenim llatinoamericans, marroquins i portugueses, vale, preferentment dones, però també homes, i els, realment, els homes que treballen en això estan molt ben vistos. Així com, a nivell de dones, n'hi ha unes que sí, molt bé, altres que ai! (GD3: Consell comarcal de l'Alt Urgell)

El sector empresarial, en alguns casos, contribueix a la segregació per raó de gènere i origen en el moment d'oferir persones cuidadores a les famílies.

Llavors, un amic em va dir això de Cuideo i em vaig posar en contacte i em van dir "què t'estimes més, noies d'aquí, de la terra, o emigrants o homes? A Cuideo sí que t'entra (GD4:4)

Grup de discussió 5 (GD5): PERSONES MIGRADES TREBALLADORES DE CURES I DE LA LLAR

El grup de discussió format per persones migrades que treballen en el sector de les cures aporten la figura del valor afegit del gènere femení, afirmant que "*les dones som un plus*" en un discurs que vol atribuir sentit al fet que en el treball de cures hi predominin les dones:

Es que yo pienso que las familias buscan más que sea una mujer, también el chico, cuidadores, ya que, en caso de los hombres, tienen que levantar peso y eso, necesitan hombres, y creo que por otras cuestiones, también culturales, el ideal es que el hombre cuide al hombre y la mujer a la mujer. Y pienso que nosotras, como mujeres, le aportamos un plus, porque las mujeres somos todoterreno. Entonces quizás a veces nos contratan para que cuides a esa persona y la estás lavando, limpiando, cocinando..., que, como tenemos la experiencia de ser madres, de ser hijas, sabemos el trato que necesita una persona mayor. Un niño quizás también lo debe saber, los hombres también lo deben saber, pero no es igual al trato de la mujer, al cariño, el amor de las mujeres, les ponemos la mayoría nosotras. (GD5)

7.5 EXTERNALITZACIÓ DE LES CURES A “ALTRES DONES”: EL MERCAT GLOBAL DE CURES

L'objectiu cinquè (OG5) cerca analitzar com s'articulen noves relacions econòmiques entre llars familiars i dones migrades- cadenes globals de cures- al món rural, en el marc del capitalisme global i com repercuteix en el gènere.

Com a objectius específics, es pretén:

OE5.1 Identificar els costos econòmics de les cures

OE5.2 Analitzar les condicions socials, laborals i econòmiques en que es duu a terme la cura a la llar per part de dones migrades

OE5.3 Evidenciar desigualtats de gènere, ètnia i classe social -anàlisi interseccional- vinculades als costos econòmics i a les condicions laborals del treball de cura.

7.5.1 L'ESPAI PÚBLIC: La veu de persones representants d'administracions públiques locals sobre el mercat global de cures

7.5.1.1 Mercat de cures, costos econòmics i l'economia de la cura

En la primera fase del treball de camp, i a través del contacte de les representants de les administracions públiques locals- comarcals-, s'explora la seva visió-percepció sobre l'existència d'una organització global de les cures, formades per cadenes i xarxes migratòries, que cada vegada més constitueixen una peça clau en l'engranatge de la organització de les cures en relació a les llars familiars.

El mercat global de cures, constitueix un tema econòmic, alhora que social, però es planteja predominantment *en la seva dimensió econòmica*, com a intercanvi de serveis i monetari. Així doncs, l'envelliment i el sobreenvelliment de les persones requereix i apunta a una *economia de la cura*, augurant qüestions econòmiques, tenint en compte la manca de cobertura política i social.

Per la seva banda, des de les administracions públiques, descriuen el fenomen de les treballadores de cures i de la llar conjuntament amb l'existència “normalitzada” o “assumida” d'economia submergida, i el pagament dels seus serveis al preu més baix, d'acord amb les lleis d'oferta i demanda. A molta oferta, els preus baixen:

Totes aquestes dones que venen de fora i es dediquen a fer les tasques de la llar, evidentment, del lloc d'on venen encara estaven pitjor, aquesta no és l'excusa, elles marxen d'allí per trobar el seu "modus vivendi", però és veritat, la gent que té una persona a casa, evidentment, ni assegurada, i si li puc pagar 6€ enlloc de 8 també, i si només la tinc al matí o a la tarda...(pausa i sospir..) (Responsable Serveis Socials Comarca de la Noguera)

Si tu contractes un servei, et val x diners, si t'agafo a tu amb negre i de qualsevol manera, em sortirà més barat, i la gent prefereixen això (Dona, coordinadora Serveis Socials Consell Comarcal les Garrigues)

La gent recorre a nivell privat primer perquè els surt més barat, perquè no contracten i els surt més barat i el preu d'hora és més barat, i en segon lloc, perquè tenen més servei, ens podem trobar amb famílies que tinguin un SAD, però que necessitin més hores d'atenció que el propi servei no pot prestar i poden optar a més modalitats, s'hauria d'oferir més modalitats que oferissin serveis més sostinguts i preparats o formats per a la tasca. (Dona, coordinadora Serveis Socials Comarca La Segarra)

7.5.1.2 Condicions laborals en que es duu a terme el treball de cures

Es reconeix des de les administracions públiques l'existència d'explotació laboral, manca de drets i de supervisió en relació al treball de cures.

Majoritàriament són, sudamericanas i de l'Europa de l'Est. Perquè així com de les migracions de l'Àfrica subsahariana venen els homes i després porten a la família, en el cas de llatinoamèrica, venen primer les dones, perquè saben que hi ha més possibilitats d'ocupació i després són les que porten la família, aleshores són dones amb estils...però no passa res, això no es grave perquè li pots ensenyar a cuinar o a lo mejor la seva cuina serà diferente però és de conya. No és això l'important, l'important és que s'ha propiciat, aquest mercat de baixa qualitat, a vegades en plan explotació, sense drets, sense supervisió. (Cap de Serveis Socials, Administració pública local municipal)

Per altra banda, existeix una preferència, s'apunta, per part d'algunes famílies a comptar amb l'ajuda de persones autòctones, en primer lloc. El fet de comptar amb persones migrades constitueix una mena de "segona alternativa", és a dir, davant la no disponibilitat de les primeres.

És veritat que la gent que busca algú la major part del dia, acaben sent persones immigrades o que venen de països que el que volen és treballar, i de mantenir la família aquí o allí, el que passa i és curiós que quan la gent ens demana algú, no vol que siguin immigrants, si no és que hi ha una necessitat molt imperiosa,- és que a la nit només tenim aquestes pobres dones, a les nits no hi volen anar, la gent tenim família, si la gent si et demana gent pel matí, et demana precisament gent que no sigui immigrant...les hem format en la forma de cuinar els àpats...no la volem perquè la manera de fer és diferent a la nostra, però aquí tenim molta immigració, però la majoria de les dones no treballen, bàsicament de Marroc i el Senegal.(Dona, coordinadora Serveis Socials al Consell Comarcal Pla d'Urgell)

La dificultat de cercar persones amb qui comptar per a la cura de les persones grans al món rural, i, d'acord amb el nivell adquisitiu de les famílies -qüestió de classe-, (i de

gènere) provoca la cerca de persones disponibles, sense lligams familiars, a quedar-se internes a les llars dels petits nuclis del Pirineu.

Però als municipis petits la gent no hi és, i buscar una persona, aleshores la gent que pot i que té una economia bona, busca allò que es diu les “internes”, una persona interna, això cada vegada s'està instaurant més, eh i això també té el seu cost... la majoria de gent que està interna, treballadors, són gent immigrant. Gent immigrant amb poca responsabilitat familiar, que estan sols, o que tenen els fills grans,...que ja en el seu país s'hi havia dedicat, que potser ja anat a puestos més grans com Barcelona i Lleida i han treballat en aquest àmbit i pues venen aquí per circumstàncies x i també el tema de que a Andorra hi ha feina, a Andorra hi ha feina els fa venir, i es tornen a dedicar a cuidar gent gran.” (Dona, coordinadora Serveis Socials Comarca de l'Alt Urgell)

7.5.2 L'ESPAI GLOBAL DE LES CURES: les veus de les treballadores de cures migrades, famílies contractants a persones migrades, sectors gestors de cures públic i privat.

Els resultats dels quatre grups de discussió en el marc de la recerca : Cadenes Globals de Cures Feminitzades a Lleida (CGC), reafirmen les dades precedents.

Quadre 7.5.2.1 Sectors analitzats en la recerca Cadenes Globals de Cures feminitzades a Lleida

Grup de discussió	Sectors analitzats
GD3 ENTS GESTORES DE CURES	Coordinadors dels Serveis Socials de Consells Comarcals. Cap de la Unitat de Serveis Socials de l'Ajuntament de Lleida. Gestora de la inspecció d'empreses SAD de l'ajuntament de Lleida. Representant d'una empresa privada de serveis d'atenció a domicili. Treballadora familiar que treballa en règim d'autònoma a domicili. Treballador social representant d'un sindicat Directora de serveis per a l'autonomia d'una associació privada a Lleida.
GD4 FAMÍLIES	Familiars representants de sectors benestants que han contractat formalment serveis d'atenció domiciliària —treballadores de cures.
GD5 DONES MIGRADES	Persones migrades —la majoria de les quals indocumentades— que fa poc temps que han arribat a Lleida, i que treballen o han treballat cuidant persones grans a domicili, pel seu compte o a càrrec d'una empresa que els donava feina sense contracte..
GD6 DONES AUTÒCTONES	Dones autòctones o nacionals que treballen duent a terme Serveis d'Atenció Domiciliària, a través d'una entitat privada, gestionats pel SAD a la comarca de la Noguera.

	Dona que fa feines d'acompanyament a una persona gran mitjançant treball informal perquè cobra una prestació d'invalidesa.
--	--

Font: Elaboració pròpia

Quadre 7.5.2.2 Perfil sociodemogràfic participants grups discussió

Característiques sociodemogràfiques de les persones participants en els grups de discussió: 24 participants (4 GD)	
Sexe:	20 dones i 4 homes
Edat:	27-65 anys
Nivell acadèmic:	14 estudis superiors i 10 estudis primaris i secundaris
Ocupació:	Treballadores de cures: 11 (9 sense contracte i 2 amb contracte SAD) Càrrecs tècnics i coordinadors en administracions públiques: 4 Empresàries: 2 Treballador social: 1 Directora de serveis per a l'autonomia personal en una entitat social privada: 1 Familiars contractants de treball de cures: 1 advocat, 1 fisioterapeuta, 1 funcionària, 1 dona jubilada, 1 mestressa de casa.

Font: Elaboració pròpia

7.5.2.1 Mercat de cures, costos econòmics i l'economia de la cura

Es manifesta, en primer lloc, **la substitució dels rols tradicionals exercits per les dones a casa** en virtut de la delegació de les tasques de cura a "altres dones". La incorporació massiva de les dones al mercat remunerat fa que se cerquin *altres persones* amb perfils capaços de reproduir els rols tradicionals. Aquest és el perfil de les dones que protagonitzen les cadenes globals de cures:

Són aquestes dones que al seu país tenen família i que estan substituint el que nosaltres també fèiem a casa, perquè ens hem posat a treballar i ja no ho podem fer, i en canvi lloguem aquestes dones perquè facin la feina que nosaltres no fem."(GD3: Cap UT Serveis Bàsics, Ajuntament de Lleida)

Figura 7.5.2.3 Actors socials que intervenen en els GD



Font: Elaboració pròpia

Al mateix temps, es reconeix la existència **d'un mercat de cures** i també **la necessitat de professionalitzar aquestes cures**, davant del fet que hi ha una demanda social i una oferta de persones disposades a dur a terme treball de cures:

Veiem que hi havia moltes dones que buscaven feina de cura, molta gent que buscava gent per cuidar i una necessitat de professionalitzar aquesta cura. (GD3:Empresa privada)

Davant l'oferta de mà d'obra existent, disposada a dur a terme el treball de cures, les parts demandants (llars familiars receptores de cures del SAD, com en el cas d'adquisició de cura privada) manifesten la voluntat de voler triar el lloc d'origen i la nacionalitat de la persona, amb preferència per les persones autòctones. De fet, no hi ha distinció entre les posicions de les famílies en la seva actitud de recepció de serveis,

sigui a través de serveis externalitzats per l'Administració pública local o Serveis d'Atenció domiciliària, en el sentit de “rebre serveis públics de cura” o de rebre “serveis privats”, és a dir, davant la voluntat, necessitat o tendència a delegar les cures, algunes de les famílies actuen manifestant el seu dret a *escollir la persona que accedirà a la seva llar familiar*. En aquest sentit, la persona treballadora de cures esdevé bé o servei, passa de ser “valor d'ús”, per a satisfer les necessitats de les famílies, a valor de canvi en el mercat, a “valor de canvi” o atribució de valor comercial a persones, en aquest cas, dins del mercat. La cura es mercantilitza.

El tema de les nacionalitats marca molt el perfil de la persona que tu vols que vingui a casa i que la persona gran accepti. (GD3: Cap UT Serveis Bàsics Ajuntament de Lleida)

Hi ha moltes reticències a segons quins perfils i està molt estigmatitzat que segons quin perfil va més bé per a la gent gran, una sud-americana és més dolça, més zalamera, en canvi una persona marroquina, como tiene velo, como tiene su cosa.. (GD3: Cap UT Serveis Bàsics. Ajuntament de Lleida)

Davant d'aquests fets, hi ha unanimitat en el discurs entre representants del grup de discussió que gestionen pública i privadament les cures, en que “cal fer pedagogia” i potenciar la selecció de treballadores per competències laborals.

Tenim la obligació de fer un treball de conscienciació, vull dir, no deixa de ser una persona. Nosaltres el que exigim és que la persona compleixi amb un pla de treball i aconseguixi uns objectius. (GD3 Ajuntament de Lleida)

A les comarques rurals, la baixa densitat de població i la gran dispersió territorial actuen com a condicionants de la capacitat de cobertura dels serveis públics (i també dels privats). Existeix en aquest sentit, un ***element diferencial essencial entre els àmbits rurals i els urbans***. Aquesta dispersió de municipis afecta a comarques tan extenses com la Noguera o tan allunyades dels centres urbans i aïllades geogràficament de la resta com l'Alt Urgell, on d'una banda, dificulten, encareixen o, en molts casos, impossibiliten la cobertura del Servei d'Atenció Domiciliària quan es requereix, i, de l'altra, redueixen l'oferta de persones disposades a dur a terme la feina, per manca de qualificació o pel fet que s'aplica el criteri de proximitat de la persona treballadora —i no hi ha persones disponibles, formades o ni tant sols disposades a dur a terme aquesta feina als domicilis.

Les nostres comarques tenen, a més a més, tenen petits nuclis habitats, concretament la Noguera en té trenta, més noranta-tres. Nosaltres, des dels serveis socials, vam externalitzar el servei d'atenció domiciliària, perquè des del consell comarcal ens és impossible assumir aquesta feina directament. Quan parlaves de l'ajuntament de Lleida,

tot i que s'és una ciutat molt gran, doncs hi ha uns mitjans que nosaltres a la comarca no tenim. Pensem que en transport públic no en tenim; aleshores l'empresa ha de fer mans i mànigues per a buscar aquests treballadors. (GD3:Consell comarcal de la Noguera)

Es fa difícil que hi hagi empreses disposades a oferir serveis en aquestes comarques, com en el cas de l'Alt Urgell i la Vall d'Aran, *la cobertura de les places per persones treballadores de la neteja i treballadores familiars*, provoca el consegüent creixement de la llista d'espera del SAD.

També hi ha pobles que són tan petonets que no tenim treballadors i els tenim que portar de fora. Amb el que això costa incrementar el cost del servei. [...] Actualment nosaltres ni trobem ni treballadores de neteja ni treballadores familiars que vinguin a fer el servei. Llavors comença a créixer la llista d'espera. (GD3:Consell comarcal de la Noguera)

No podem abastar tota la comarca perquè lo que parla de la dispersió és molt important. Nosaltres tenim nuclis a 57 km i és per zona de muntanya i igual tarden una hora, i el bon veïnatge encara funciona, vale? És l'economia submergida, no perquè l'administració local no ho pot fer; per tant, lo que fa la família són tractes, la família renuncia a l'ajuda a domicili pública i fan el tracte amb les persones. (Consell comarcal de l'Alt Urgell)

Per tant, *s'observen dificultats per part de les Administracions públiques locals a l'hora d'unificar oferta i demanda de cures*. A la dispersió territorial, s'hi uneixen la manca de qualificació de les treballadores i dificultats lingüístiques o barreres culturals per part de les persones migrades, fet que, segons veu de les seues comarcals, no permet aprofitar tota l'oferta de treball a domicili i de cures potencialment existent, i que deriva de nou a la necessitat d'organitzar i professionalitzar les cures d'acord amb criteris de treball decent.

Treballadors d'origen i treballadores d'atenció domiciliària, un treballador amb unes quaranta professionals, totes dones. Immigrants? Poquetes, primera, problemes de la llengua i titulacions. De neteja sí que en trobem: tornem a estar amb el mateix, llatinoamericanes, d'Europa de l'Est i també poques magrebines. Vull dir: lo que és les dones del Magreb, sí és cert que porten una titulació o que han treballat en un altre lloc i s'incorporen i el tema del mocador també surt, però tampoc és que tinguem un boom de gent que estigui treballant d'origen immigrant, no? I sí que ens trobem que si n'hi ha alguna que ha portat el mocador o que parla un altre idioma, sobretot la gent gran, que no entén per molt que fem pedagogia, els rebutgen i ens trobem més o menys amb el mateix. (GD3:Consell comarcal de la Noguera)

El mercat de cures desregulat i la seva mercantilització, es veu afavorit per aquestes dificultats en les comarques rurals d'afrontar els costos, les condicions exigides, i el trobar persones qualificades o amb formació explícita, per a dur a terme els Serveis d'Atenció Domiciliària Comarcal.

Existeixen diferents vies d'accés a aquesta oferta de persones treballadores de cures, per una banda, hi ha famílies que utilitzen intermediàries com són o Consells Comarcals, empreses privades, entitats socials o fins i tot parròquies (Ciutat de Lleida):

Els primers que vaig tenir m'han vingut a través dels capellans. Els pares són molt catòlics.

Llavors els hi van portar la família, el capellà de la parròquia, i curiosament el capellà de la parròquia que portava..., que es va morir, tot el tema dels emigrants. Del bisbat. (GD4:5)

En el cas de contactar amb empreses privades d'atenció domiciliària, existeix variabilitat en les formes d'oferta la mà d'obra, és a dir, hi ha diverses maneres de procedir i diferents ètiques de treball. Existeixen empreses de serveis d'atenció domiciliària a la cura, de grans dimensions en el mercat¹¹², de la qual s'afirma que l'oferta de cures es planteja de la següent forma:

Em vaig posar en contacte i em van dir "què t'estimes més, noies d'aquí de la terra, o emigrants o homes?" (GD4:4)

I, a la inversa, altres perfils d'empreses més petites,¹¹³ de proximitat o del territori lleidatà, al contrari, manifesten la necessitat d'exercir una labor de conscienciació o pedagògica en relació a les famílies quan aquestes plantegen voler escollir "qui cuidarà", el seu origen, indumentària o nacionalitat.

Aquesta empresa, que participà en el GD3, afirma:

A nosaltres el que ens passa, nosaltres, clar, nosaltres som un servei privat. Completament privat. 100% privat. Aleshores, què és el que la majoria dels usuaris pregunten quan truquen? "Les noies, són d'aquí?". I els dius: "d'aquí d'on, de Lleida?". "Bueno, ja m'entens... No d'aquí de Lleida, no, si són del país...". "Del país, de quin país?". Perquè, clar, com a mínim, vull que ho verbalitzin, jo ja sé el que em diran, però vull que ho verbalitzin. Llavors: "però són espanyoles?". "No, nosaltres no seleccionem per nacionalitats, seleccionem per competències, i en cas que hi hagi alguna cosa que ens heu de fer saber, ens ho heu de dir. (GD3: empresa privada)

Nosaltres, com a empresa privada, si ens diuen que no volen mocador, aquí pots fer més o menys pedagogia, però hi ha un moment, no? Si ets molt gran i t'ho pots permetre i així, pots tindre, jo tinc la meva forma de treballar. Si no li agrada, que marxin a una altra empresa, no? Ara ja ho podem fer, però al principi no ho podíem fer, al principi érem petites, nosaltres. Nosaltres havíem de fer el que podíem, no? Ara això ja ens ho plantegem diferent, però amb això ens hi hem trobat. Llavors tu estàs com a persona amb uns principis i uns valors, i com a empresa, discriminant sense tu voler-ho. (GD3: empresa privada)

¹¹² com ara el cas de l'empresa *Cuideo*.

¹¹³ com Abast Serveis S.L, ubicada a la ciutat de Lleida

7.5.2.2 Condicions socials i laborals en que es duu a terme el treball de cures per persones migrades

Condicionaments socials i culturals

A la ciutat de Lleida, com a exemple de centre urbà, els Serveis d'Atenció Domiciliària de l'Ajuntament de Lleida estan externalitzats a la cooperativa de serveis SUARA. Com s'ha dit, encara que els serveis ofertats siguin públics, sorgeixen problemàtiques com són **actituds explícites de discriminació per part de les famílies i negatives a acceptar a persones migrades**, o la temptativa de voler-ne escollir el color de la pell o pel fet de dur mocador. Existeix, al seu parer i es tot el grup ho corrobora, una resistència a acceptar dones d'origen musulmà a causa de les diferències culturals.

Hi ha una negativa molt important per a acollir, o sigui, nosaltres intentem posar en un servei a alguna persona marroquina i hi ha una negativa per part dels usuaris molt important, molt important, i és preocupant, perquè són gent que estan formades, i si hi ha hagut algun conflicte, sempre diuen "es que es porque era marroquina", no? (GD3: Responsable d'inspecció d'empreses. Ajuntament de Lleida)

És un servei municipal, vostè no pot escollir. És lo que li donem, és lo que li estem oferint. Tenim aquí conflictes, i el rebuig al mocador és tremendo, tremendo. Jo recordo només un cas concret. Una noia que estava supervalorada en tots els domicilis, i una senyora que no i que no i que no fins que es va treure el mocador al domicili. Es va acabar el problema. Vull dir, és curiós tot plegat, no? Ostres. El problema era que aquella persona no estava seguint les seves costums. (GD3: Responsable d'inspecció d'empreses. Ajuntament de Lleida)

Blanca por favor!" Gent que directament ens diu "no vull estrangers!". "Això és un servei municipal! Vostè no pot fer una criba; si no, vagi a un servei privat". (GD3: Responsable d'inspecció d'empreses. Ajuntament de Lleida)

Aquestes actituds, en el GD4 format per familiars contractants de cures a persones migrades, no es produeix, de forma manifesta, una categorització o etiquetatge per gènere del treball de cures, però sí en relació amb el lloc d'origen de la persona immigrant.

-És que és la persona. Més que home o dona, és la persona, dic jo. Hi ha nois que són prou macos per cuidar.

-No, però hi ha d'haver una implicació. Hi ha cert *substracte* cultural. Per això, no m'agrada mai generalitzar, però acabes generalitzant, sí, per força, perquè les que m'han funcionat més bé són les machupicchus, eh.

-Sí, sí, sí, jo, mira, la meva mare. (GD4: familiars)

Aquest grup qualifica de “diferents”, “submises” i “necessidades” les dones migrants amb qui han treballat.

He tingut una persona, que era del Congo, però aquella noia també tenia quatre fills, i quatre fills grans que els cuidava sola, uff, de dos pares diferents, Mare de Déu...

Aquí hi ha un altre món, que també hi és. Aquell que es busca la vida. Aquesta persona no busca això, és d'una altra mentalitat, està buscant-se com sigui la vida, i això hi és a tot arreu,

A la fàbrica i aquí.

N'ha vingut una darrera, l'altra d'evangelistes, però d'aquestes que “senyora amunt i senyora avall”, i ja tenen un substracte de que no tenen gaires ganes d'anar a voltar, perquè venen ja grans, amb una mentalitat de que..., bueno, els han ensenyat això, i molta paciència, molta paciència, i això no ho té tothom. No ho tenen totes les ètnies. Hi ha persones que ho tenen o no ho tenen, però hi ha llocs que els han educat més bé. (GD4: Familiars)

Fins i tot, s'introdueix “l'humor” o “es fa broma entorn del color de la pell de les persones migrades.

-Jo, que fa tants anys, ja n'he tingut de tots els colors.

-A vegades dic que sembla la ONU, casa meva. (GD4: familiars)

Sorgeixen, per part d'alguns familiars contractants, el fet de remarcar *el tipus de religió* que practiquen les persones contractades: si són cristianes o no, i, si són cristianes, si són evangelistes i no catòliques.

Lo món islàmic també és diferent, eh, que no n'hi ha cap que hi hagi... islàmic? Veus? Jo tinc una filla islàmica, musulmana adoptiva, del Tibet, però amb la seva mare, que li vaig estar a punt de posar, no m'hi vaig posar, és un altre món. És una altra cosa, i ara necessitava una feina, però el patró aquest, la latina aquesta és d'una altra manera, l'africà és un altre món. (GD4: familiars)

El discurs s'endinsa en el concepte de cultura, i es reconeix que aquí s'està poc acostumat a la diversitat cultural, Es posa de manifest *classisme* en relació amb les persones d'origen estranger que han treballat als propis domicilis.

Eh, aquesta noia que tinc, musulmana, jo la vaig arregar que era gran, no tenia papers, son pare la va fer fora quan tenia vuit anys. A aquesta noia jo li vaig preguntar “què passa?”... Tenia tota la família fora, sa germanes... Aquesta noia va estar amb el seu pare, que tenia altres dones en aquest món. Això, un senyor que té tres dones amb vint-i-cinc crios... (GD4: familiars)

Per altra banda, el GD5, format per persones migrades treballadores de cures a les llars familiars (en aquest cas, totes provinents de diferents països d'Amèrica del Sud)

afirmen, en primer lloc, unànimement, que en arribar a Catalunya, afronten un *canvi cultural*, que defineixen, en alguns casos, com a “xoc cultural”.

Ha sido difícil por el choque de culturas, porque en Colombia somos muy fraternales, somos de abrazos, de yo te ayudo, yo te doy, yo te llevo, si tú no tienes, yo tengo...

Los latinos somos gente que somos muy amigueros, somos muy de apoyo, de ayuda, fraternales, del abrazo. No nos soltamos.

El cambio cultural yo lo veo como un aprendizaje y es un intercambio.(GD5: dones migrants)

Afirmen que un dels motius pels quals han arribat a Espanya ha estat la facilitat lingüística, tot i que estan obertes a aprendre català i consideren que la gent gran ho valora molt positivament.

El concepto que yo tenía de España es el lugar de Europa donde pueden entender y puedo entender, por lo del idioma.

A mí el catalán me encanta, me encanta el acento, como las pronunciaciones, me fascinan [...] y estas personas se llenan de orgullo, se hinchan cuando te escuchan a ti, como inmigrante, hablando su idioma. Las personas con las que uno trabaja mayormente hablan mucho catalán.

Y me quedo aquí, otro por el idioma, que lo iba a entender perfectamente. (GD5: dones migrants)

Se'ls pregunta si han viscut situacions de discriminació en el marc d'aquest canvi o xoc cultural, i la resposta es polaritza entre les que no n'han viscut cap i les que han estat objecte de racisme i xenofòbia per part de persones concretes com per exemple: metges de l'hospital Arnau de Vilanova, persones grans...

Si tú tienes una enfermedad y que alguien te diga “¿por qué no te vas a tu país? [...] si estás enferma, ¿por qué viniste acá? ¿Tú pagas Seguridad? Tu madre murió en tu país, ¿por qué no te quedaste allá?”. (GD5: dones migrades)

Condicions laborals i econòmiques

El GD1 constata que el sector de les cures format per persones migrades està molt feminitzat, amb *condicions laborals molt precàries*.

-Moltes estan en situacions molt precàries laboralment [...] hem vist situacions de veritable esclavatge, absolut. -Això passa a les empreses? -No. Això normalment passa en els domicilis privats, que és on, d'alguna manera, s'escapa el control. (GD3:Sindicat)

Des dels sindicats que atenen a persones migrades, es detecta un augment de l'afiliació a la Seguretat Social en el règim de treballadores de la llar i de cures a la província de

Lleida fins entre 2012 i 2015, però a partir d'aquest any hi ha un descens any rere any. Per tant, hi ha *escassa afiliació a la Seguretat Social* i augment del treball informal durant els darrers anys. Per altra banda, es manifesta una manca d'informació d'aquestes dones en relació amb els seus drets laborals.

A partir de 2015 hi ha com una espècie de percepció de dir "per què hem de donar d'alta a la gent?", i d'alguna manera està canviant, evoluciona a donar menys d'alta a la gent. Hi ha probablement menys gent treballant perquè hi ha hagut una recuperació econòmica, però cada vegada hi ha menys afiliació. (GD3: Sindicat)

Veiem que a aquestes dones els falta molta informació, no tenen informació respecte quins són els seus drets, i les famílies tampoc tenen informació i la veritat és que de vegades no es preocupen per a tenir aquesta informació. (GD3: Sindicat)

S'estableix una relació entre situacions d'irregularitat o indocumentació per part de persones que exerceixen treball de cures a les llars familiars.

És que les estrangeres treballen en negre. (GD3: Sindicat)

Cada vegada atenem més a persones que estan en situació irregular perquè està venint gent una altra vegada. (GD3: Sindicat)

A les comarques de muntanya, els fills i filles de persones grans ja no deixen la feina per cuidar-les, tot i que el treball en el sector primari pot facilitar la conciliació de feina i família. Ara bé, quan cal cercar l'ajuda d'una persona de fora de la llar, s'activen les xarxes informals i el boca-orella (GD3:Comarca l'Alt Urgell). Alguns Consells Comarcals es reconeixen impotents a l'hora d'ajudar a regularitzar la situació de les persones immigrants a causa dels límits de la llei d'estrangeria.

En aquestes comarques del l'Alt Pirineu i Aran, en molts casos *el treball intern* és dut a terme per dones immigrades sense càrregues familiars directes, persones que tenen la família al país d'origen (GD3:Comarca l'Alt Urgell). Es constata la situació d'aïllament en què viuen les dones que treballen a les llars en règim intern. També es reporten situacions d'explotació, que queden invisibilitzades perquè es tracta de l'espai privat del domicili, protegit per la llei (GD3: Sindicat). Es remarquen les mancances de la llei de la dependència, com a conseqüència de les quals sorgeixen casos d'explotació econòmica i també sexual, a la qual sovint la treballadora no fa front a causa de la seva situació d'irregularitat administrativa o pel fet que no es pot permetre deixar la feina ni pot disposar de cap altre habitatge (GD3: Sindicat)

Existència de *situacions de necessitat econòmica extrema* entre treballadores migrades, situacions que expliquen que suportin situacions d'alta injustícia social o de violació dels seus drets (GD3: Sindicat).

Els resultats de les entrevistes en profunditat a 16 dones migrades treballadores de cures al territori lleidatà, en el marc de la recerca Cadenes Globals de Cures feminitzades a Lleida (2018-20) es constaten relacions de poder asimètriques en l'intercanvi de treball. El tipus d'asimetries es classifiquen segons afectin a l'equitat de gènere, a la relació mercantil o intercanvi de treball, a motius ètnics, religiosos o color de pell, i en la violació de drets humans: amenaces, assetjament sexual així com actituds desigualtaries classistes i supremacistes.

ASIMETRIA EN ELS ROLS DE GÈNERE, DIVISIÓ SEXUAL DEL TREBALL I FEMINITZACIÓ DEL SECTOR

Les dones entrevistades manifesten que han viscut en societats marcades per una estructura profundament patriarcal, tant durant la seva infantesa com després de casades, en relació amb les responsabilitats directes de les càrregues familiars —fills i filles i pares i mare grans. En casos de separació, divorci o viduïtat, les dones assumeixen soles les càrregues de cura familiar, o bé amb ajuda d'altres familiars femenins residents al país d'origen, amb escassa col·laboració dels excònjuges o dels membres masculins. En arribar al nostre país es troben també un mercat laboral segregat per gèneres. El gènere, com a categoria social estructuradora de desigualtats, vertebrava l'horitzó de possibilitats de les dones immigrants:

Per altra banda, es constata que moltes de les dones entrevistades no han escollit la feina que fan i manifesten que no els agrada, tot i que, en alguns casos, algunes particularitats de la seva situació i l'habitació han contribuït a fer-ne una activitat reconfortant. Això no obstant, el treball de cures i domèstic constitueix, en la majoria dels casos, una sortida laboral i econòmica forçada per les circumstàncies.

- ¿Has escogido trabajar cuidando, o ha venido dado por las circunstancias?

- Muy bien, buena pregunta. Bueno, dadas las circunstancias. Porque, cuando tú llegas, tú llegas de un país latinoamericano, inmigrante, morenita, existe mucho racismo, ¿sabes? Entonces tú empiezas de cero. No tienes un espacio, nadie te conoce, no puedes poner de frente tus propuestas. No eres nadie. Te catalogan de esa manera. (E6: Ecuador)

- ¿Te gusta el trabajo que haces?
- No [ràpid i rotund]. Para nada. No me gusta.
- No has escogido trabajar cuidando...
- Yo hubiese preferido..., vine para trabajar en un hotel. Me gusta mucho el tema comercial, el trato con el público, me gusta mucho esto, y yo vine para eso. No me quedé de otra que ir a trabajar de cuidadora. (E1: Perú)

ASIMETRIA EN LA RELACIÓ MERCANTIL O INTERCANVI LABORAL REMUNERAT

a) Treball de cures irregular o informal

En aquesta recerca s'ha fet un esforç per entrevistar persones la tasca principal de les quals és *treballar en la cura de persones grans*; ara bé, la majoria d'elles també duen a terme tasques domèstiques o de la llar *dins del mateix tracte*. En els discursos de les entrevistades s'observa que, en la seva trajectòria laboral, *el treball a domicili* és el menys valorat socialment, de manera que constitueix el primer esglaió de feina en arribar al nostre país, a partir del qual, però, algunes d'elles intenten transitar cap a un treball més formal, com el que es fa en residències o centres socio-sanitaris, on l'horari i les condicions laborals estan sotmesos a controls formals i legals, cosa que no succeeix en els domicilis familiars privats.

En qualsevol cas, el treball de cures a domicili o a l'interior de les llars familiars, la majoria de les dones entrevistades l'exerceixen en l'economia informal. Només quatre treballen amb un contracte formal. Aquestes dades, si bé no són representatives, sí que poden ser un indicador que hi ha una enorme quantitat de dones no comptabilitzades que exerceixen la seva feina en l'economia submergida —o treball informal o irregular—, en alguns casos de forma voluntària, però en molts d'altres no.

- Y tú, por ejemplo, si tuvieras algún problema de salud, ¿qué cobertura crees que tendrías?
- De laboral, ninguna. Entonces tendría el servicio sanitario general que tiene todo el mundo. Pero la empresa no creo que me ayude en nada, porque ella me tiene a mi contratada, pero en negro.
- Bueno, contratada no, porque en negro no hay contrato.
- Bueno, cuando yo quería y estas cosas, pero que no me iba a dar de alta de Seguridad Social ni nada de eso...
- O sea, esta empresa tiene personas en negro.
- [Afirma amb el cap] Sí, de esto le pregunté, porque una chica de catalán, que ella tiene tres años aquí y ella ya está lista para solicitar su residencia por arraigo social, le falta un contrato, porque te piden eso. Ella me pidió que hablara con esta señora, a ver si ella la podía contratar y eso, y le dije que no, que ya tenía su personal contratado, pues ya

está. Porque claro, esto debe implicar más gasto para ella, porque cuando le afilias a la Seguridad Social tienes que pagar otras cosas. No, son más gastos.
 -¿Estás de acuerdo con las condiciones laborales que tienes?
 - Si uno no está de acuerdo, pues uno se va. (E15: Venezuela)

En el marc de la recerca es constata *arbitrarietat en els salaris i explotació laboral, especialment quan les dones es troben en condicions d'irregularitat* (tot i que també es dona en condicions de regularitat). Les dones que encara no tenen permís de residència ni de treball, i durant el temps previ a l'obtenció d'aquests permisos, condicionades pel marc normatiu que determina l'actual llei d'estrangeria,¹¹⁴ es veuen obligades a treballar il·legalment, acceptant salaris molt baixos, molt per sota del salari mínim interprofessional, il·legals —en cas que estiguessin regularitzades i tinguessin permís de treball— en virtut del Reial Decret 1620/2011, del 14 de desembre, que regula el treball a la llar.

En aquests casos, les famílies no poden contractar-les, i, davant la urgent necessitat econòmica de les noies immigrants, es produeix un intercanvi laboral en què les famílies accepten que treballin a casa seva a canvi d'un salari molt baix.

No me quedó de otra que ir a trabajar de cuidadora, pero mi trabajo fue con una chica que tenía esclerosis múltiple progresiva, acá. Estuve siete meses, me pagaban 700 €, y no me daban ni comida ni nada, nada de nada, y era interna. Pero no te daban nada. Ese fue mi derecho de piso, porque ganaba una miseria. (E1: Perú)

Porque me dijeron un viernes, me dijeron “va a venir una chica, para que tú le enseñes lo que tiene que hacer, para los fines de semana”, porque ellos me pedían que trabajara 24 h de lunes a domingo, y yo les dije “voy a trabajar 24 h solo de lunes a viernes”, sábado y domingo, lo quiero libre, y como son dos, veinticuatro horas, me pagaban 1.000, por la mujer nada más, por doce horas. Son dos y son veinticuatro horas, pues entonces 1.500. Creo que está más que justo, porque son dos personas, y ya no voy a trabajar doce horas, sino veinticuatro horas. Pero no, me dijeron “mucho, bueno, ya buscaremos...” (E1: Perú)

Les barreres legals que posa la llei d'estrangeria són sentides i percebudes tant per les famílies amb voluntat de contractar aquestes persones com pels professionals dels serveis socials dels consells comarcals.

Molta gent vol contractar, una altra cosa és el sou que els hi donen, això és un altre tema, però sí que moltes famílies tenen contractades a les dones, o al tema de servei domèstic,

¹¹⁴ “La ley de extranjería condiciona la vida de las personas inmigradas. Aunque hablan de derechos y libertades de las personas extranjeras en España, la realidad ha demostrado desde 1985 que su contenido sirve para el control de flujo migratorio, la regulación de los trabajos para las personas extracomunitarias, que está determinado por las necesidades del mercado, la situación nacional de empleo y, junto a ella, la prioridad nacional” (*Recomanacions a l'Ajuntament de Barcelona sobre política pública d'atenció a les persones treballadores de la llar, la neteja i les cures* [2017]).

però hi ha, lo que deies tu, que augmenta la gent nouvinguda, és cert, allí normalment arriben amb passaport, quan ha passat el temps que tenen com a turista, es queden sense papers, i per molt que la gent els vulgui contractar, ha de deixar passar el temps, perquè no poden. Això és un gran handicap allà dalt, suposo que aquí també, però allà dalt hi ha moltes dones que venen els familiars al tècnic d'immigració i diuen "però com podem legalitzar aquesta dona? Que ens interessa molt que es quedi, no ens interessa que passi res", i volen estar legals i no poden esperar-se els tres anys. (GD1: Consorci d'Atenció a les Persones, Alt Urgell)

És una situació d'explotació que és molt present, i que evidentment el nostre estat de benestar té unes mancances importants a través de la llei de la dependència, coses que no queden cobertes, dificultats pressupostàries, totes aquestes qüestions. Sí que hi ha gent que ho substitueix, però sí que hi ha gent que se n'aprofita. (GD1: treballador social CITE CCOO)

b) El preu en el mercat de cures

El mercat desregulat de cures funciona segons les lleis de l'oferta i la demanda. També hi té un paper important el fet que les parts, de comú acord, ofereixin i acceptin feina sense contractació, això és, les dues parts creuen que hi surten guanyant. L'una, perquè pot guanyar més diners per hora treballada: el preu mitjà per hora treballada de les dones entrevistades és de 10 €, xifra que es reduiria a 6-7 €/h si estiguessin contractades. I l'altra, perquè s'estalvia els costos, entre d'altres, de la Seguretat Social. Els 10 €/h resulten més acceptables a les treballadores demandants de feina que a les famílies que n'ofereixen, les quals tendeixen a proposar quantitats a la baixa. En aquest mercat de cures hi ha persones particulars o empreses de dubtosa fiabilitat, que donen feina a les treballadores en situació irregular i que, a través seu, obtenen bon marge de benefici:

No, por amigos, por amistades, que te llama la misma señora esta que nos ayuda..., dice "en el Arnau hay un enfermo y tal", y uno los acompaña unas horas. Yo cobro 10 euros la hora cuando es de limpieza. La compañía..., las empresas cobran 15-16 euros por hora. Entonces me parece bien, porque no puedo cobrar 15 o 16 porque no tengo ninguna empresa. (E15: Venezuela)

A ver, hay personas que... como más ricos sean, más son de la virgen del puño, Entonces, yo, yo..., como te digo, yo, por ejemplo, a veces le digo a uno "dame lo que sea a tu conciencia", o sea, que lo pongo ante el espejo. Dice "no, no, dime un precio". "No", le digo, "dame lo que sea". Mira, si la mujer ve que es consciente, ya me dice "toma". Te puede dar de más, porque la gente ya sabe, la gente pregunta, la gente no es que va a ciegas, la gente está más..., más que uno, entonces te da. (E10: Ecuador)

c) Indefinició i diversitat en les modalitats contractuals

Les dones entrevistades que treballen cuidant persones grans amb contracte laboral formal ho fan sota diferents modalitats professionals: a) *Treball de cures a domicili o auxiliar d'atenció socio sanitària a domicili a la mateixa llar de la persona gran*, en règim intern o extern. b) *Treballadores del servei d'atenció a domicili* (s'autoanomenen "treballadores familiars") o treballadores d'empreses —moltes amb afany de lucre— externalitzades pels serveis socials c) *Gerocultores* en entorn residencial o en centres socio sanitàris.

Cadascuna d'aquestes figures professionals, tot i que es tracti de feines semblants, està legislada per un conveni laboral determinat. En aquests convenis, el marc legislatiu i les condicions laborals varien: no és igual treballar com a cuidadora en una residència que fer-ho en una empresa de treball a domicili amb conveni amb les administracions públiques o en una empresa privada o per lliure, sense camp mena d'aixopluc.

Tot i que hi ha diferents modalitats contractuals, algunes entrevistades manifesten que han treballat amb contractes "fets a mida" o privats, d'acord amb les necessitats de les famílies contractants, que sovint s'aprofiten de la seva desinformació en relació amb els convenis laborals existents, els seus drets, etc. Freqüentment, el fet de treballar per compte propi, sense les proteccions que emparen la persona treballadora i sense proteccions sindicals, provoca que la persona es trobi en inferioritat de condicions, en situació de desigualtat, des de l'inici de la relació laboral.

Todos los demás trabajos que tuve, que eran por mi cuenta, la verdad era que me pagaban o la mitad: te decían que te pagaban a 6 o 8 € la hora, y cuando ibas a que ya te daban lo de tu pago, porque nadie te daba el pago por menos de un mes, o sea, es por mes que nos pagan, cuando ibas te decían "¿sabes qué? Mira...", o sea, te cuentan historias, yo no lo sé de por qué si de tal día a tal día era cuatro horas y te fuiste a las tres cincuenta y dos, y esas personas te dicen "ya te puedes ir, no te puedes ir", en mi caso, por tres o cinco minutos, porque te fuiste antes, te descuento una hora, y te empiezan a descontar a descontar, y si tu pago era x, de 300 euros, terminaron dándote 120 o 130, y hay veces que te dan 50 y te dicen para tal día vienes, a que te den lo demás, en pagos, o te dicen que te lo dan, no te lo dan, y yo sí, yo los dos primeros meses... (GD3: dones immigrants treballadores del sector cures)

d) Tipus de tasques en el treball de cures i de la llar

El treball de cures (i de la llar) abasta una considerable heterogeneïtat de feines. No es pot parlar d'un tipus de feina en què tothom faci unes tasques previsiblement determinades. Sovint, les treballadores, en el moment d'iniciar una feina, reben les

peticions dels familiars contractants a propòsit de les tasques que han de fer, però, en molts casos, se'ls n'exigeixen moltes més.

Lo dejé porque no podía. Luego también sabes qué pasa: trabajar a domicilio es igual si tienes o no tienes contrato, en mi caso. Pues el primer día se habla, para hacer esto o lo otro, o tal cuidado o lo que sea, y entras para cuidar a una persona y acabas cuidando dos personas, la casa, la compra de fuera, el médico, y el gato y el perro y todo lo que hay, ¿me entiendes? Y está todo en el precio e incluso se quejan del precio, y tienes tu horario y acabas de hacer el doble del horario y es muy agotador, es muy... ¿sabes? Que no, que... aunque tengas contrato... (E9: Algèria)

En el quadre següent es descriuen les diferents tasques que duen a terme les persones participants en la recerca:

Taula 7.5.1 Tasques del treball de cures que duen a terme les entrevistades

N.	Tipus de tasques	Temps de treball	Lloc de treball
E1	<p>Tasques de la llar. Neteja i cura de la persona gran. Acompanyament (passeig, metge). Administració medicaments i cura de la salut. Atenció emocional a la persona.</p> <p><i>Tiene ochenta y ocho años. Pero va bien. Ha tenido dos ictus, pero va bien, va muy bien. Y se asea y hace todo. Solo tengo que ocuparme del piso, cocinar, acompañarlo a pasear, que haga cosas, esto es todo. Y él vive solo en un piso grande, de tres habitaciones, es muy grande.</i></p>	<p>Treballa sense papers; règim intern 24 h</p>	<p>Llar o domicili on viu un home gran</p>
E2	<p>Treballa al servei d'atenció a domicili a domicili de l'ajuntament de Lleida fent tasques de cura de gent gran, segons l'horari programat.</p> <p><i>L'empresa ja et marca les tasques que has de fer a cada casa, perquè, per exemple, nosaltres tenim mòbil, i hi ha una pegatina a cada casa, i quan arribes, fitxa! Ja te surten les tasques que has de fer. Però a vegades fem, no és el que et fica que fas. Et poden posar, en aquesta casa, has d'ajudar a la Francisca a la dutxa, fer-li el llit, però arribes allí i comences a fer de tot: li fas la dutxa, li fas el llit, li vas a comprar, li tires la basura..., pinxes la insulina, i de tot, fem de tot.</i></p> <p><i>I vas en una casa, a cada casa ja tens, sigui una hora o mitja hora o quaranta-cinc minuts. A cada casa ja tens l'horari marcat. Llavors tu vas en una casa, per exemple, aquesta casa del matí que començo a les set per ajudar a dutxar. L'ajudo, se dutxa, li fico la crema, la vesteixo i li faig el llit i comprovo que s'ha pres el medicament, i passo una hora i marxo, però no pots marxar abans, eh, si has de fer una hora, has de fer, no pots marxar abans. Pots marxar tard, que se t'ha fet tard, però no pots marxar abans. Llavors surto d'aquesta casa i te donen quinze minuts d'una casa a l'altra, agafes el cotxe d'una casa a l'altra, així.</i></p>	<p>Treballa als matins, de 7 a 14, amb contracte</p>	<p>SAD de l'ajuntament de Lleida gestionat per SUARA Cooperativa</p>
E3	<p>Treball de cures amb una dona gran. Acompanyament, administració medicaments, higiene i alimentació i tasques domèstiques.</p> <p><i>Voy yo a despertarla, le doy el esmorzar a la abuela y hasta las doce duerme, la levanto, y se coge las pastillas... y vuelve a dormir, fa fred i està molt al llit y entonces, a las doce, la despierto, Paquitaaaa, le fico el pañal, la lavo, si se ha hecho</i></p>	<p>Règim intern: amb contracte</p>	<p>Domicili particular en un càmping a Espot (Pallars Sobirà)</p>

	<i>caca, pues la limpio..., la visto de arriba, y los pantalones solo en verano que salimos. No camina, con la silla de ruedas, pues damos un paseo por el camping, nos sentamos y ella con el agua y yo con la Coca-Cola y ¡jala! Y yo ayudo a la Carmen, a otras cosas...</i>		
E4	Tasques de cura a un senyor gran, cec. Acompanyament a la llar i fora. Tasques domèstiques (cuina, neteja, etc.).	Règim intern; amb contracte	Cuida un senyor gran en un domicili (fa poc també cuidava la seva dona)
E5	Treballa de nits cuidant una senyora gran. Fa tasques puntuals de neteja en altres pisos. <i>Es una persona muy..., tiene 89 años, tiene una enfermedad que es diabética, su enfermedad de la cadera, de las rodillas, el corazón, hay que verle la presión, la glucosa, la aplicación de la insulina...</i> <i>Todo lo hago yo, la aplicación de insulina, medicamentos a la hora y sus comidas sanas que ellos comen..., en la noche mayormente, porque en el día trabaja una española...</i>	Nits, de 18 a 10 h, i matins (12 h); informal	Domicili d'una persona gran i altres domicilis particulars
E6	Tasques d'acompanyament i de la llar. <i>Este es un abuelito, claro, él vive ahí en la casa de su hija, con su yerno, pero... ¿qué pasa? La hija está todo el día, trabaja, entonces yo vengo en la mañana, que también... Lo cuido, y hago las labores...</i>	4 hores; no té papers, informal	Domicili de la filla i del gendre de la persona gran
E7	Acompanyament de nits a una senyora gran. Ho compagina amb una altra feina de mitja jornada com a dependent d'una botiga. <i>Ara mateix, estic, el que t'he comentat, a dormir amb aquella senyora gran perquè trobo que aquesta feina que estic fent, aquestes 4 hores, no és suficient per tirar.</i> <i>Als setze anys doncs cuidava a una persona gran. Però bueno, és allò de fer-li companyia, no és allò de fer-li cap..., no és fer-li res. Fer-li companyia, doncs si tens que fer-li un suquet de taronja... Quan vaig començar a cuidar aquella senyora només hi anava dos hores, mentres que arribava la seva filla que dormia amb ella. Anava de cinc a set, saps? Però sempre és companyia, vull dir no he tingut que fer..</i>	Nits; informal	Domicili de la persona gran
E8	Ara mateix treballa cuidant tres nens petits i cerca feina. Ha treballat cuidant a una senyora gran, substituint unes vacances d'una altra cuidadora. <i>Trabajé con una señora altamente dependiente, una señora fuerte y sin una pierna, con silla de ruedas, tenía que usar grúa... No hablaba mucho, no se movía los brazos...Yo le hacía todo para la pobre, pero una familia muy buena, lo tengo que decir también..., pero yo allí no era fija, hacía unas vacaciones...</i>	Ara treballa a les tardes: caps de setmana	Domicilis particulars
E9	Treballa fent torn de nits en una residència privada de gent gran. Anteriorment havia treballat cuidant a domicili.	Torns de nit	Residència privada de gent gran
E10	Actualment ha deixat de treballar en una empresa que externalitza el SAD al Pallars Jussà. Treballa en negre anant de casa en casa per cuidar gent gran. <i>Pues trabajo en un sitio, luego plego, como me voy a trabajar a otro sitio, luego me voy a otro sitio, luego me voy a otro sitio, luego me voy a otro sitio, luego me voy a otro sitio, luego me voy a otro sitio. Cuando ya termino, ya estamos hablando de las diez de la noche. Pero, claro, ahora no</i>	Tot el dia; s'adapta als horaris familiars	Domicilis particulars

	<i>me puedo echar atrás, ahora tengo que ir con la mente tranquila y con actitud positiva.</i>		
E11	Cerca feina en el moment de l'entrevista. Treballa fent tasques de neteja puntuals a les cases o cuidant persones.	Hores pactades; encara es troba en situació irregular	Acostuma a treballar en domicilis, però ha rebut una agressió i es mostra reticent a fer-ho.
E12	Ha treballat anteriorment a Xile i a l'Argentina cuidant persones grans i infants. Arriba a Espanya i treballa cuidant persones i fent tasques domèstiques en domicilis. Ha treballat cuidant persones en diferents domicilis alhora. Per ex.: cuidava una senyora amb deteriorament cognitiu, unes hores als matins i a les nits. L'aixecava, la vestia, la rentava, li donava esmorzar i, a les nits, <i>la subía arriba, le daba de cenar, le ponía el pijama, le lavaba, le ponía el pañal y a acostarse.</i>	Hores pactades: 1,5 h a la nit i 1,5 h al matí; sense contracte	Domicilis particulars
E13	Fa tasques de neteja en domicilis particulars. Abans havia treballat cuidant persones grans.	Hores pactades; sense contracte	Domicilis particulars
E14	Fa tasques de neteja a hores en domicilis. També havia estat cuidant gent gran. Ara busca feina.	Hores pactades; sense contracte	Domicilis particulars
E15	Cuida una dona gran els caps de setmana: fa tasques d'acompanyament i cuina, preferentment	Caps de setmana, de divendres vespre a dilluns matí; no té papers; sense contracte	Casa de la persona gran a Llavorsí (Pallars Sobirà)
E16	Treballa cuidant una persona amb un primer grau de dependència; fa tasques d'acompanyament i, a part, neteja en tres cases. <i>Porque por la mañana le hago todo y para salir un poco a la plaza y dar una vuelta le iría bien.</i> <i>E: Claro..., y esta mujer, por ejemplo, lo que no puede hacer sola es cocinar... ¿Qué más no puede hacer?</i> <i>R: No, ducharse... La mayoría del trabajo no puede hacer, entre que no ve,</i> <i>E: ¿Vestirse?</i> <i>R: Sí, pero a veces tiene el pantalón al revés, los calcetines también. La blusa, si está un poco manchada, no la ve...</i> <i>E: Si ella lleva pañal y el fin de semana está sola, ¿quién se lo cambia, la familia?</i> <i>R: Ella sola, le cuesta, pero lo hace sola, sí.</i>	Treballa per hores en negre	Domicilis particulars

e) El treball intern: soledat i esclavatge

Es constaten les **dificultats de les treballadores internes a l'hora de trobar un lloc on anar o un habitatge** quan fan festa o tenen descans i, per altra banda, acomiadaments sense previ avís.

Me sacaron de la noche a la mañana, yo no tenía ni casa ni lugar a donde ir. Porque yo no podía volver a la casa del novio, porque la madre nunca me quiso, y entonces yo me vine a la calle, pero Dios es grande porque yo lo comenté a una amiga y justo ahí me enteré de que había un domicilio que necesitaban una interna. (E1: Perú)

Moltes tampoc no tenen habitatge, moltes vegades l'habitatge de la persona que els acull és el seu habitatge. Amb lo qual aquesta persona es queda sense res, vull dir, que han apostat per una situació, i no tenen res més que això, i això és casa seva, no? I aquella persona, pel que sigui mor, o la fan fora, clar, es queda sense papers, sense ingressos, sense casa, perquè la seva casa era la casa de la persona a qui cuidava. (GD1: representant de l'ajuntament de Lleida)

Ens trobem nosaltres força dones aïllades en nuclis: no es poden moure. La veritat, perquè... pràcticament treballen els 365 dies l'any, cobren moltes vegades sous de misèria. L'altre dia, a Mollerussa, vaig parlar amb una senyora que treballava tots els dies i cobrava 500 € al mes (GD1: sindicat)

A les comarques de muntanya lleidatanes, la modalitat del treball intern és freqüent, segons es desprèn del GD1 amb representants gestors de cures

El tema de dones internes, bueno, allà dalt passa molt. Què passa? L'Alt Urgell és zona fronterera amb Andorra, hi ha molt molta gent que treballa a Andorra, molta gent al sector comerç, turisme, la qual cosa vol dir que caps de setmana estan treballant. Llavors, a vegades hi ha fills que estan com a cuidadors personals, són professionals que els ajuden a cuidar els seus pares; per tant tenen persones que els ajuden a cuidar els seus pares mentre estan treballant i els caps de setmana els necessiten perquè fan més hores. Llavors, automàticament, busquen a algú intern. Normalment, la gent interna sí que és veritat que són gent migrada, vale, en principi sense responsabilitats familiars i amb el que deies una mica, amb tota la família allà. Estic cuidant a un pare quan tinc a la meua mare que m'està cuidant al meu fill, i tot això realment és una situació d'abandó que, jo penso, entra amb un sentiment d'ambivalència. Potser el seu mecanisme de defensa és "jo vinc aquí, potser no els puc cuidar, però necessito els diners que jo envio perquè ells ajudin a cuidar". Llavors, aquest sentiment de "els he abandonat", no?, "ho he fet perquè realment el que necessito són diners, perquè, si no, no poden viure", és una mica el que tenim al Pirineu. (GD1: Consorci de Serveis a les Persones, Alt Urgell)

En el marc de la recerca s'han realitzat tres entrevistes en profunditat a treballadores en règim intern: a dues, a la mateixa llar on treballen en situació regular (era gairebé impossible entrevistar-les fora de les llars), i a la tercera, que no té papers, fora de la llar.

Una de les noies que treballa en règim intern, de 23 anys, d'origen búlgar i que va ser reagrupada quan tenia 12 anys, cuida una dona molt gran per a una família que administra un càmping situat a la comarca del Pallars Sobirà¹¹⁵. Treballa cuidant persones des dels 18 anys.

¹¹⁵ En el moment de l'entrevista, vam observar que hi havia una càmera situada en una sala de les instal·lacions del mateix càmping, a través de la qual, segons la noia entrevistada, el propietari de la casa seguia la nostra conversa. Aquesta situació intimidava i coartava la lliure expressió de

- ¿Has escogido este trabajo? ¿Lo has escogido tú? ¿Por qué estás haciendo este trabajo? [cara d'estranyesa davant la pregunta] ¿Lo has escogido tú?
- Pues me llamaron y lo he cogido.
- ¿Tenías experiencia antes, tenías experiencia?
- Sí..., es la tercera abuela, ya, sí.
- Sí, y... ¿cómo has aprendido a hacer este trabajo, cómo aprendiste a cuidar?
- Pues, a ver, la familia me contaron cómo lo hacen, las pastillas y todo, y he aprendido.
- ¿Cuántos años tenías cuando empezaste a cuidar?
- 18
- ¿Y cuidabas a una señora mayor...?
- Sí, muy maja, la pobre.
- Que se murió...
- ¡No, está en la residencia! Estaba con una oficina de Pobla.
- ¿Y después?
- Después, siete meses con ella y siete meses descansar, temporales, pues he estado tres años con ella, y luego una señora en Tremp, he aguantado dos meses, y luego con esta señora, me ha llamado y aquí estoy.
- ¿Cuánto tiempo hace que estás aquí ahora?
- Pues en febrero, ya dos años
- ¡Dos años! ¡Hace tiempo! Es como tu familia ya, ¿no?
- Bueno, con la abuela y tampoco...Hoy estoy y mañana no.

La noia està contractada per cuidar la persona gran, però, al mateix temps, és requerida per fer feines de neteja al càmping i, a l'estiu, als banys de la instal·lació (4 hores), on fins i tot ha hagut de pintar. Disposa de dues hores lliures al dia, però no té cotxe ni carnet de conduir, de manera que molts dies pràcticament no surt del càmping i es queda a mirar la televisió amb la dona gran. A la seva habitació no disposa de wifi. El seu salari és de 1.000 € mensuals,¹¹⁶ treballa 10 hores diàries i té un dia i mig lliure a la setmana i dues hores lliures cada dia. L'entrevistada manifesta que sent tristesa, que experimenta canvis d'humor sobtats i que acumula molt cansament físic. Amb la meitat del salari ha d'ajudar la seva mare, la seva neboda de 18 anys i el seu germà.

- ¿Alegre? De vez en cuando, hoy mal, mañana bien, depende de los días, pero me siento que yo no estoy bien.
- ¿I actualment, en aquesta feina, tens contracte laboral, no? Coneixes el tipus de contracte que tens?
- Bueno, es que estaba en el contrato, está bien, pero no está bien, ya sabes: no tengo derecho a nada, tengo las nóminas... (E3: Bulgària)

El segon cas és el d'una treballadora d'origen peruà, de 36 anys, que treballa sense papers cuidant un senyor gran, de 88 anys, amb demència. Manté bona relació amb el seu fill, però no amb l'esposa d'aquest, amb qui discuteix cada dia perquè no li té

l'entrevistada, i fins i tot vam dubtar si l'entrevista es podia considerar vàlida. Malgrat les condicions, l'entrevista es va dur a terme.

¹¹⁶ El salari no pot ser inferior al salari mínim interprofessional, que el 2020 és de 950 euros (per 14 pagues). Segons el Reial Decret 1620/2011, es garanteix la retribució en metàl·lic del salari en una quantia no inferior al salari mínim interprofessional en proporció a la jornada de treball.

confianza ni li dona informació sobre com ha d'administrar els medicaments. Comenta que ha estat víctima d'assetjament per part de l'home gran, amb símptomes de demència, fins que finalment l'han medicat.

En ese periodo pasó de que el hombre me cogía de la pierna, me cogía del y en varias ocasiones me cogió del pecho, me puso la cara aquí en el pecho... Se le va la memoria, tiene la memoria a corto plazo dañada. Se acuerda mucho de su pasado, pero el presente se le va muy pronto. Y entonces tenía este enfoque mucho a lo sexual. Todo el tiempo hablar de lesbianas, hablar de las tetas... Siempre iba por la calle viendo una teta, y yo pasaba vergüenza. Yo, pues la última vez que me agarró y me cogió descaradamente, que yo me enfadé mucho y dije al hijo mayor, al que me llamó, "que no, es que yo..., no trabajo así".

E: ¿Tu estado de ánimo, actualmente?

R: Desde que llegué se deterioró mucho. Empecé a pasar temas de ansiedad, de depresión, tuve crisis de ansiedad..., llegaron a medicarme tomando [...] para calmarme. Evito tomarlo, solo cuando estoy demasiado ansiosa, me tenso mucho. Este tiempo de octubre que estuve con este hombre que tenía mucho el tema del acoso, del tocamiento, no podía ni cocinar, porque lo tenía siempre a mí pegado, y yo tenía que estar así, con ojos en la espalda, una cosa muy tensa y estaba muy ansiosa. He tomado eventualmente, en varias crisis, y me ha tocado vivirlo sola, porque no tengo a nadie. Es muy deprimente. (E1: Perú)

f) **Al límit de l'autoexplotació i l'esclavitud**

Algunes noies que treballen en règim intern accepten fer dos torns seguits. Manifesten que ho fan perquè no tenen cap tipus de vida social fora de la casa on treballen. La noia boliviana té dues germanes a Lleida, a les quals veu dues hores a la setmana, i només fa festa els divendres. Ella va escollir lliurement treballar sis dies setmanals, fent la feina de dues persones. Guanya 1.550 euros al mes.

El contrato de aquí era para dos chicas. De lunes a sábado, y el día sábado entraba otra chica, para el día domingo. Dos chicas. Pero yo dije "yo voy a trabajar, yo voy a estar, T., aquí: dame un día libre, yo lo cumpliré el de las dos chicas". Y yo solo salgo el viernes de 11 de la mañana a nueve de la noche. Yo, porque yo lo he decidido, porque yo dije "sábado y domingo no tengo una vida fuera; ¿qué hago fuera? Me trabajaré, porque en otra casa igual estaba interna". No he podido tener una vida social fuera, y yo le he dicho a T. "¿se puede hacer que yo pueda trabajar los dos turnos?" Ella me dijo "depende de ti". (E4: Bolivia)

Como la chica que estaba ahí se fue de baja por una tendinitis, pues yo me quedé cuatro meses de interna veinticuatro horas sin descanso alguno, porque no tenía quien me dé fiesta. Me pagaban bien. Ahí pude pagar mi préstamo. Me pagaban 2.000 euros, día y noche, veinticuatro horas. Lo que no te paga nadie acá. Nadie. Hacía los dos turnos, de la chica de día y de noche, porque a cada chica le pagaban 1.000 euros. Bueno, si voy a hacer de las dos y no tengo nada de fiesta, porque no tenía ni un día de fiesta, pues me pagaron 2.000. (E1: Perú)

La necessitat de conciliar la vida familiar i la laboral empeny a acceptar condicions laborals que d'opressió o esclavatge, com en el cas de la dona algeriana, vídua i amb dos fills petits, que va acceptar anar a viure a la mateixa casa del matrimoni que cuidava: treballava per 500 euros mensuals sota un contracte fet a mida i que no es complia perquè li exigien presència continuada i no li respectaven els caps de setmana o els dies de festa. Li donaven allotjament i salari, però havia de pagar la llum i l'aigua i totes les despeses dels seus dos fills. La seva situació era gairebé d'esclavitud.

En el contrato me ponen cinco horas diarias de lunes a viernes, vale, pero yo trabajaba, iba el lunes por la mañana y por la tarde, todos los días, y el sábado bajaba y el domingo bajaba. Los días festivos son el sábado y el domingo y no trabajaba, pues yo bajaba también estos días, también iba... y a veces pues estoy en casa y me viene a buscar el hombre: "ven, yo qué sé que ha pasado esto, ha pasado lo otro", o "ven, que necesitamos, yo qué sé, queremos leche, queremos..., nos apetece tal cosa". Pues yo me voy y voy a comprarla, ¿me entiendes? "Llévanos a no sé dónde", el coche me lo pongo yo, ¿me entiendes lo que te digo? Quiero decir que todo lo añadido, todo es..., claro, y allí pues los abuelos ya llega un momento que... te tratan de otra manera, como si fueras suya, ¿me entiendes? Yo llegué a ser supervigilada, a yo me viene alguien a casa, a la hora que sea, ellos ya se enteran: "¿quién te ha venido? Sí, que he oído la puerta a tal hora, que no sé qué, que...". "¿Dónde te has ido? Porque el coche no estaba a tal hora, porque..." ¿Me entiendes? Es un poquito..., aquí sí que dices casi que no tienes libertad. (E9: Algèria)

g) Absència de control dels riscos laborals i de salut

Una de les entrevistades, romanesa, regularitzada però sense contracte, va treballar sota condicions molt degradants. En un domicili lleidatà, cuidava un matrimoni gran, de dilluns a diumenge, 13 o 14 hores, sense contracte i amb el tracte següent:

No sé cómo te digo, era..., como en aquella casa no he trabajado nunca, y no me han tratado nadie mal como me trató aquel matrimonio, y trabajaba trece o catorce horas al día y con..., yo no sé cuánto me pagaba..., 150 cada dos semanas. 150 euros dos semanas... Sin papeles, sin nada, sin nada y explotarme al máximo, mira que... Digo así he entrado en el hospital, por esta culpa, he hecho una crisis de pancreatitis, y me metió en el hospital, estando dos semanas ingresada, y vale, abusaba, abusaba de mí, abusaba. (E14: Romania)

L'entrevistada va deixar la feina, però la família li va quedar a deure 150 euros, que va reclamar via telefònica. En fer-ho, va rebre una trucada amenaçadora d'un familiar del matrimoni gran:

[...] una vez le llamé y le dije: "¿sabes que estás pendiente de pagarme 150 euros? Y me dice "sí, sí, lo sé, que te lo tengo que pagar, pero, mira, no te lo puedo dar de golpe, te lo voy a pagar poco a poco: ¿qué te parece? En tres turnos". "Sí, estoy de acuerdo". Y a partir de entonces no me pagaba ni un durito, pero ella tiene un nieto que no sé quién es, tiene un trabajo muy importante en Zaragoza, y con número privado me llamó a mí su nieto y me dijo así: "a partir de ahora, si vuelves a llamar a mi abuela, te voy a denunciar a la policía. Yo soy muy influyente, tú eres una extranjera y yo puedo decir de

ti muchas cosas, porque has robado en esta casa, de esta casa muchas cosas, que has robado comida”. No hay cómo demostrar, porque no he robado ni un hilo. (E14: Romania)

Una noia peruana encara en situació irregular comentava que ha de continuar treballant tot i que té tendinitis al braç:

Conseguí un trabajo de cuidadora, pero ya doce horas, de nueve a nueve. Pero todas las que he cuidado son así, con limitaciones de movilidad. Pero en esta mujer, de acá, que estuve siete meses interna, me lesioné el brazo, que se lo dije: “tengo una tendinitis en el brazo que no se me ha ido, la tengo lesionada, tengo los tendones inflamados, que a veces no me permite mover el brazo, tengo las muñecas lesionadas porque se le hacía fuerza”. La mujer no quería usar grúa, tenía que usarla, pero es que no le daba la gana. (E1: Perú)

I la noia boliviana, que treballa en règim intern, després d’haver tingut només en compte, durant molts anys els beneficis econòmics de la feina, ara també en considera els costos psicològics:

Me pongo a analizar y me gustaría hacer muchas cosas..., deporte, baile, cocina, me gustan muchas cosas... Me limito, digo, me limito, porque yo realmente necesito trabajar. Eso, durante esos cuatro años atrás, decía yo “necesito trabajar”. El día a día va pasando y yo necesito trabajar, necesito tener un dinero pero... Al día de hoy, yo pienso en todo menos en dinero... ¿Dónde está psicológicamente tu bienestar de uno? Porque el dinero, ya, cuando te encuentras con ansiedad o estrés, esto no te llena... (E4: Bolívia)

h) **Control insuficient sobre el compliment dels drets laborals d’empreses externalitzades per l’administració pública**

Es constata un control deficient, i a vegades inexistent, per part de les diferents administracions públiques locals sobre les condicions laborals reals en què es duu a terme el servei d’ajuda a domicili quan ha estat externalitzat a empreses privades —ho han fet l’ajuntament de Lleida i gairebé tots els consells comarcals.

En els discursos del grup de discussió (GD3) amb representants d’organismes *gestors* de les cures es va plantejar aquesta qüestió:

El tema de l’estandardització de la qualitat en els serveis d’atenció a domicili va molt lligat a tot el concepte de cura vinculat al patriarcat, però realment no hi ha uns estàndards de qualitat aplicables a tot arreu, a les empreses públiques i a les privades... Cada empresa fa el que vol, eh... (GD3. Entitat social privada Lleida)

Des de la contractació pública no hi ha un control del que fan les empreses que es contracta en aquest aspecte, i ara s’estan incorporant tot el que són clàusules públiques, inclús en la contractació, per a que es tinguin factors en compte, com per exemple la qualitat, les condicions laborals dels treballadors, més que el preu de licitació dels preus. Ara hi ha un canvi en tot això, ara és el moment en què estan canviant aquestes coses i, sobretot, perquè hi ha una directiva europea que està obligant a canviar-ho. De fet, la Generalitat ara hi ha una llei, la llei de contractació pública respecte als serveis a les persones, on s’incorporen aquestes qüestions. (GD3: Sindicat CITE CCOO)

Respecte als centres privats acreditats, que n'hi ha disset o divuit que estiguin acreditats aquí a Lleida, cada qual és un món, el seu funcionament, i aquí no hi ha uns criteris de qualitat a darrere, que dius "i aquesta gent, està acreditada? Aquesta empresa està acreditada i estan tractant així als seus treballadors?". (GD3:entitat social privada Lleida)

Fa anys que tenim l'acreditació i no ens ha trucat mai ningú, ningú. (GD3: empresa privada de treball a domicili, Lleida)

Algunes de les dones participants en la recerca, tal com s'ha assenyalat, han passat del treball domèstic i de cures en domicilis a estar ocupades en el servei d'atenció domiciliària a través de les empreses a les quals els Serveis Socials han externalitzat la prestació. En dos casos no s'han respectat els drets laborals.

L'un és el d'una treballadora equatoriana: l'empresa per a la qual treballava, que tenia poder sobre la modalitat de contractació, en el moment en què la treballadora va completar el màxim de temps de contractació temporal, va canviar el nom de l'empresa subcontractada per eludir l'obligació de fer-li un contracte indefinit:

El día 31 de diciembre me dan de baja de la empresa en que yo estaba, a la empresa subcontrata a la que pertenecía, sin decirme nada y automáticamente me dan en otra empresa que también es subcontratadora del mismo dueño. Sin decirme nada a mí, ¿sabes?, y me entero por el mensaje de la Tesorería. Eso me supo muy mal. Entonces yo he llamado al uno, he llamado al otro, y nadie quería dar la cara, porque cuando hay que escaquearse, hay que escaquearse, y entonces yo les he dicho..., nadie me quería dar la cara. Entonces, el día 11 me dio la cara el dueño y yo le dije que yo, él puede pensar que yo soy emigrante, que yo soy todo, pero que yo tengo mis derechos y por mis derechos yo me voy. Yo no quiero seguir con sus condiciones. Si ve que soy una persona que no valgo, hasta ahí quedamos. Y me he ido, yo me he ido. El 11 de enero me fui, pero por este motivo, sabes. (E10: Ecuador)

L'altre cas és el de la treballadora d'origen camerunès: feia quatre anys (no en el moment de l'entrevista) que treballava en el servei d'atenció a domicili de l'ajuntament de Lleida però encara tenia contracte d'obra i servei tot i que treballava a jornada completa. Segons la normativa laboral,¹¹⁷ transcorreguts tres anys de contracte d'obra i servei, en el cas que la prestació de serveis respongui a una necessitat permanent, estructural, en correspondre's a una activitat habitual de l'empresa, el contracte ha de passar a ser indefinit. Així doncs, la treballadora estava contractada de manera fraudulenta. Es preveia una nova licitació del conveni a finals d'any per part de la cooperativa que, de forma externalitzada, presta els serveis públics de l'ajuntament.

¹¹⁷ Segons conveni col·lectiu, passats tres anys, es podria ampliar a un any més (Diputació de Barcelona, Àrea de Desenvolupament Econòmic i Social).

L'ajuntament de Lleida hauria d'incloure a les seves clàusules el respecte estricte pels drets laborals dels seus treballadors i treballadores.

La treballadora entrevistada expressa desacord amb les condicions laborals:

- Mira, quan vaig començar, el contracte era de vuit hores, perquè era de cap de setmana, de vuit hores. I després em van renovar i em van ficar a quinze hores. Obra i servei igual, eh. A quinze hores i vaig fer un mes. I després me van ficar a trenta-set hores, fa quasi dos anys.
- Però quin tipus de feina, tens un contracte de quin tipus, vull dir, quin objecte té el contracte, com a persona que cuida?
- Treballadora familiar.
- Tu estàs d'acord amb les condicions laborals que t'estan donant?
- No, no estic d'acord.
- Per què?
- Perquè a vegades em dona la impressió que no valoren la feina que fem. No valoren la feina que fem. Nosaltres tenim molta responsabilitat, molta, però a vegades et dona la sensació que, no sé si és l'empresa o l'ajuntament, no ho sé, et dona la sensació que no ho valoren. (E2: Camerun)

ASIMETRIA DEGUDA A DISCRIMINACIONS PER MOTIUS ÈTNICS, RELIGIOSOS, COLOR DE LA PELL I LLOC D'ORIGEN

Existeix una asimetria entre la posició dels agents (contractant o ocupador i persona treballadora), que és deguda a desigualtats i discriminacions per motius ètnics, de color de la pell i lloc d'origen.

La participant camerunesa que treballa en el servei d'atenció domiciliària de la ciutat de Lleida, externalitzat per l'ajuntament,¹¹⁸ manifesta que ha estat discriminada pel color de la seva pell:

Una senyora em va dir "yo no quiero gente de color en mi casa". I quan em va veure va dir "es que esta gente no sabe que mi madre no quiere gente de fuera". Jo li vaig dir "señora, tranquila, que llamo a la empresa". I va dir: "ya llamo yo". I va trucar a l'empresa i l'empresa es van disculpar i em van dir "tranquil·la". (E2: Camerun)

Altres noies entrevistades manifesten que també han estat víctimes de discriminacions lligades al color de la pell:

¹¹⁸ D'acord amb el que estableix l'article 22 bis de la Llei 56/2003, de 16 de desembre, d'ocupació, els serveis públics d'ocupació i les agències de col·locació han de garantir, en el seu àmbit d'actuació, el principi d'igualtat en l'accés a l'ocupació, i no poden establir cap discriminació basada en motius d'origen, inclòs el racial o ètnic, sexe, edat, estat civil, religió o conviccions, opinió política, orientació sexual, afiliació sindical, condició social, llengua dins de l'Estat i discapacitat, sempre que els treballadors estiguin en condicions d'aptitud per dur a terme el treball o l'ocupació de què es tracti.

Ojo, que soy emigrante. Muchas de las veces yo me he sentido así, porque cuando vine yo, pues mira, he tenido a lo mejor la primera alternativa, entonces te miran por encima del hombro. Como era morenita también, imagina, y hay mucho racismo aquí..., porque no todas las personas queremos tener el color que tenemos y no podemos, ¿no? (E10: Ecuador)

ASIMETRIA EN RELACIÓ AMB LA VULNERACIÓ DELS DRETS HUMANS: AMENACES I ASSETJAMENT SEXUAL I PSICOLÒGIC

En el relat de quatre dones de les setze a qui s'ha fet una entrevista en profunditat, *s'han detectat situacions d'assetjament sexual així com una possible intervenció de xarxes de prostitució i tràfic de dones*. Tres de les quatre dones es trobaven en situació irregular, i l'altra, que tenia papers, va tenir l'opció de deixar la feina i buscar-ne una altra.

Sí. Hubo un intento, lo he rechazado, y desde entonces ya está. Porque tenía mucha confianza con sus hijos y sabían que si intenta más, pues ya se enterarán todos... Lo he rechazado como... Es un hombre, tenemos que entenderlo, los hombres intentan, si tienen libre, pues siguen, si no, pues paran. Y se ve que ha encontrado a otra, pero la otra ha sido más lista, y en cambio pedía. No sabía exactamente lo que sacaba, pero lo he contado a su hijo, ha ido al banco y se ha asustado. Y claro, desde entonces, yo le he dicho que yo así no, esto no me gusta, y no estoy a gusto en su casa... Ellos se han dado cuenta. Él, porque yo tuve que espiarlo un poco, porque estaba con el móvil, hasta que no tuve algo a mano pa decirle a su hijo, no le he dicho nada. Entonces, lo he contado, han venido y me he ido. (E16: Romania)

No només és un profit econòmic, sinó que nosaltres ens hem trobat amb un profit sexual. De persones que són, estan sent explotades sexualment en els domicilis o que li fan propostes a les treballadores d'índole sexual. Llavors, és clar, això és una qüestió greu. Bueno, aquestes persones, si no tenen permís de residència, quan parles amb elles, tot i estar en una situació d'explotació, tenen la creença de que els hi estan fent un favor. Perquè si no estiguessin allí, com que no estarien treballant a cap lloc, no podrien ingressar els diners i no podrien enviar-los. (GD3:sindicat)

ESCARNI DELS TRETS IDENTITARIS DE LA TREBALLADORA DE CURES

Un altre tipus de discriminació és l'arbitrarietat que suposa que la família rebategi la persona que els presta serveis. Dues de les persones entrevistades han estat objecte d'aquesta pràctica, per la qual els familiars canvien el nom de les treballadora a qui paguen, i ho fan lliurement, sense el seu consentiment i sense donar explicacions. Això denota una apropiació indeguda de la persona treballadora i una manipulació conscient d'un element identitari com és el nom propi:

Porque dicen que Ester era un nombre así, Mari Luz, más, mejor, me decía así, porque Ester no, me dice, "no va contigo", me decía, porque suena más, Ester y entonces "Mari Luz, sí", me decían, y bueno... Me quedé con Mari Luz, así me dijo en Chile una señora. (E12: Perú)

Y le digo por qué me decía Chochona, “Sra. Eugenia, buenos días, qué hace usted aquí”. “Chochona, ven, saluda a mi hermana!, ¡habla a mi hermana! Chochona, de cariño es. Chochona habla con mi hermana”. Señora, que no hay nadie ahorita allí.” “Sí, me decía, sí, y sin zapatitos. Sin zapatos”. (E12: Perú)

- Me decía María..., mira, la Mari, que me ha traído la Mari como que, sabes...
- ¿"María" te llamaba?
- Sí, me llamaban María.
- ¿Por qué?
- Porque no sabía decir mi nombre, y además tenía dificultad en el habla, por el Alzheimer. (E9: Algèria)

Capítol 8 DISCUSSIÓ DELS RESULTATS

Aquest capítol s'adreça a l'anàlisi i discussió dels resultats. Preveu la seva interpretació en base a la consecució dels objectius de la tesi i els confronta amb el cos teòric existent en l'actualitat sobre aquest objecte d'estudi. També entreveu les implicacions pràctiques que es deriven dels resultats, valora la seva validesa interna i indica les seves limitacions.

8.1 DISCUSSIÓ DELS RESULTATS GENERALS

8.1.1 Desagrarització i desfamiliarització de l'agricultura com a configuradores de noves ruralitats a les terres de Lleida

Els resultats generals de la tesi afermen, d'acord amb Camarero i Oliva (2002,2009,2017) que els processos derivats dels canvis globals, la desagrarització i la configuració de noves ruralitats *desvinculen* a nivell productiu, *agricultura i món rural*. El percentatge de persones ocupades en el sector agrícola a Lleida suposa el 10,3% (3er trimestre EPA, 2022, INE). Segons el cens agrari, el nombre d'explotacions agràries disminueix any rere any, això és, si el 1999 hi havia 23.466 explotacions a la demarcació de Lleida, el 2020 n'hi havia 20.091 (IDESCAT,2022). Des d'una perspectiva demogràfica, la major part dels municipis del territori lleidatà compleixen els barems d'ésser eminentment rurals: dels 231 municipis lleidatans, 193 tenen menys de 2.000 habitants, o el que és el mateix, a la província de Lleida vuit de cada deu pobles (83%) serien rurals (IDESCAT, 2021). La distribució d'aquests nuclis és molt desigual, ja que l'Alt Pirineu i Aran apleguen només el 15% de la població, i durant els darrers segles la major part d'aquesta s'ha concentrat a prop del nucli urbà de la ciutat de Lleida, o als nuclis més grans, caps de comarca. El territori lleidatà és extens però densament poc poblat, fet que dificulta retenir la població jove, tendeix al despoblament, i dificulta la provisió de serveis, que s'encareixen, donada l'alta dispersió territorial. En paral·lel a la progressiva desfamiliarització de l'agricultura, el territori es debat entre un imaginari social encarnat en institucions que transiten d'estructures familiars patriarcals tradicionals ancestrals, on el món agrari havia bastit l'organització social de la cura i els seus processos de reproducció social, a la progressiva substitució dels modes de vida derivats de la fase actual de capitalisme sota les conseqüències de la globalització en el món rural. S'instauen noves relacions basades en la privatització i individualització de les formes de vida, i es ressignifiquen les subjectivitats i identitats rurals. La cerca de salarització fora de l'àmbit productiu familiar ha augmentat la mobilitat geogràfica i les estratègies que prioritzen l'elecció de residència urbana o a nuclis caps de comarca amb

més accés a serveis i amb possibilitats d'ocupació no agrària¹¹⁹. La desagrarització ha tingut efectes diferents depenent dels territoris. En àrees més interiors i despoblades envellides i més desconnectades com en el cas de Lleida, enfront zones prelitorals, periurbanes més interconnectats amb àrees urbanes (Camarero,2017). La desfamiliarització ha transferit l'explotació del treball familiar al treball assalariat on la darrera onada migratòria externa hi té un paper clau. La capitalització dels llocs de treball, la reducció del nombre d'explotacions agràries i la concentració d'aquestes en menys mans són un fet lligat a les transformacions del capitalisme global. En termes de productivitat total, aquesta no disminueix, sinó que un dels efectes més importants de les transformacions i processos de modernització del sector agrari és la separació entre productivitat o augment de la productivitat total dels factors (PTF) i la disminució de mà d'obra.

La intensificación productiva así como el engarce de las pequeñas agriculturas familiares a las cadenas de valor comparten el incremento de la demanda de mano de obra, de carácter descualificado, temporal y flexible en un mercado laboral que se nutre de las desigualdades de género y de etnia y que adquiere la dimensión de global.(Camarero, 2017:192)

Sota la confluència d'aquests canvis globals, econòmics, sociodemogràfics i de gènere, la individualització de les formes de vida incideix en l'estructura, composició i funcionament de les llars. L'augment del sobreenvelliment, la manca de relleu generacional, i el despoblament rural deriven a una crisi de legitimitat i sostenibilitat de l'organització social tradicional de la cura familiar al món rural basada en el familisme.

La reclusió a l'àmbit domèstic que comporten els sistemes de transmissió agraris exclusivament masculins, és un dels factors d'expulsió de les dones cap a la vida urbana. El salari, com a element de redistribució del treball i també de distribució dels individus en l'espai social, resulta ser la principal forma de pertànyer a la societat moderna, atorgant alhora una identitat social determinada. Així doncs, els canvis imposats per la modernitat suposaran una resignificació de les institucions tradicionals rurals: les dones, un cop relegades a un segon plànol en el sistema familiar agrari, a causa de la segmentació de gènere en els mercats de treball, trobaran més possibilitats de mobilitat, ascendència laboral, llibertat i autonomia en les ciutats. Es produirà, segons Gómez Benito, la *desfamiliarització* de l'agricultura familiar: la fugida de les dones al medi urbà trencarà amb els lligams familiars de les explotacions agràries, aguditzant la masculinització en el medi rural. (Sanchis,2021¹²⁰)

¹¹⁹ Tal com mostren dades d'estadístiques oficials (IDESCAT) (capítol primer) en el cas de l'Alt Pirineu i Aran, sobre la pèrdua de població progressiva, durant el darrer segle, dels nuclis més petits en favor dels grans, com són la Seu d'Urgell, Solsona, la Poble de Segur, Oliana, i Vielha. A les comarques de la plana de Lleida augmenta la població en nuclis com Tàrraga, Balaguer, Mollerussa, Alcarràs, Cervera, Borges Blanques, Almacelles, Agramunt i altres, i evidentment al nucli urbà de Lleida

¹²⁰ Revista digital Catarsi, consultada el 4 de febrer 2023. Col·lectiu Arada Memòria:<https://catarsimagazin.cat/les-migracions-rurals-al-pais-valencia-des-de-la-memoria-i-el-genero/>

Aquests elements contribueixen a evidenciar una *crisi de cures* que actualment afecta d'una forma diferenciada al món rural. Aquesta crisi sobrevé a partir de la *desfamiliarització agrària i de la consegüent insostenibilitat dels sistemes familiars tradicionals* estructurats sota un imaginari conformat pel pairalisme-patriarcal per a fer front a les necessitats emergents de cura dels seus membres.

L'anomenada *nova ruralitat* incideix en la transformació de l'esfera reproductiva, a partir d'una desfamiliarització agrària i sota la confluència de canvis demogràfics i en el gènere.

Tal i com mostren Gussinyé i Arate (2022) en *L'Altre Món Rural*, l'anomenada *resiliència rural* esdevé capacitat d'adaptació a l'adversitat o a les noves tensions, dins d'una *nova ruralitat*, desencadenada arran de les conseqüències de les polítiques agràries europees: "Els nostres territoris rurals han de gestionar problemes estructurals creats per tendències globals, com les crisis migratòries, econòmiques, sanitàries, ecològiques o climàtiques, entre d'altres, però no tenen recursos ni competències per a fer-hi front"(Gussinyé i Arate, Cerrarols i Nogué, 2022:193-194). La *nova ruralitat* reestructura les finalitats tradicionals dels sectors rurals que eren abastir d'aliments la població i constituir reserva de mà d'obra industrial i per als conflictes bèl·lics. Es passa a atorgar al món rural altres funcions com la seguretat ambiental, el control dels recursos naturals, la captació de fonts d'energia i el control de la seguretat alimentària. El món rural es diversifica a través de subvencions i fonts de diners a projectes turístics i al sector terciari i "l'agricultura ja no és el centre motor del món rural (Camarero,2013:7). Les relacions camp-ciutat ja no es poden plantejar en termes d'oposició, sinó en termes d'interrelació que poden esdevenir relacions de subordinació o d'integració. "És a partir d'aquest paradigma que caldria definir el problema com un sistema de relació de continuïtat que ens remet a quelcom més que a una intersecció d'elements rurals i urbans."(Escarrà-Pérez, 2020:6). En una societat més enxarxada gràcies a les telecomunicacions, emergeix una nova geografia de fluxos que empeteix les distàncies entre el fet rural i el fet urbà (Castells,1994, citat per Escarrà-Pérez,2020:6".

8.1.2 Insostenibilitat del familisme i el familiarisme tradicionals

Els resultats d'aquesta tesi posen el focus als espais rurals des del coneixement situat, una mirada lligada al propi tipus de territori, de dinàmiques socials, econòmiques i demogràfiques que incideixen en les formes en que es duu a terme la reproducció social. Això és, les transformacions de les llars en relació a la cura i en relació al gènere, problemàtiques emergents lligades al sobreenvelliment poblacional, manques de relleu i

recanvi generacional, diversitats familiars, despoblament del territori i nous habitants dels espais rurals, com són les persones migrades.

La desigualtat entre gèneres i una estructura social segmentada per sexes promogué la fugida de les dones del món rural amb la consegüent masculinització dels territoris rurals. Segons Sanchis (2021) a les migracions rurals des del país valencià, des de la memòria i el gènere

L'èxode rural femení, per tant, és l'expressió d'un doble conflicte, generacional i de gènere, que s'ha anat reproduint al llarg del temps a través de nombroses estratègies que han oprimint la realitat de les dones a nivell econòmic, simbòlic, cultural, polític i social. Aquest conflicte integra diverses ruptures, entre les quals podem destacar la ruptura amb l'ordre social establert i la dependència familiar. (Sanchis, 2021:1)

Aquesta fugida, en alguns casos, fugida "il·lustrada" per part del gènere femení (Camarero, 2009) i en altres casos, a través del matrimoni o simplement per a subsistir "anant a servir als nuclis urbans" mostra com aquest gènere ha estat objecte històric de desigualtats en el mercat laboral rural, tal i com mostren les dades del marc teòric (capítol Primer) sobre els índex de masculinitat a les comarques lleidatanes. Sostinguda tradicionalment la família sota la cura informal encapçalada per gènere femení, el món rural exigeix avui noves estratègies i noves fórmules, com la incorporació dels homes en la cura (Elizalde-Miguel, 2017), entre altres.

Tot això, en conjunció a profunds canvis demogràfics que afecten des de fa dècades a un gran nombre de països occidentals, com són les altes i progressives taxes de sobreenvelliment, una molt baixa fecunditat i una reducció de la mida de les llars. Assistim avui a una bona eficiència reproductiva que es trasllada a una llarga esperança de vida i a una molt baixa mortalitat infantil, però a una molt baixa natalitat com afirma la teoria de la revolució reproductiva (McInnes, Pérez Díaz, 2008) i a altes xifres de divorcis, noves formes d'entendre els vincles familiars i nous models de gènere, tal i com auguraven les teories de la segona transició demogràfica (STD) de Lesthaeghe i Van de Kaa (1986). Com assenyala Duran (2018), l'estructura demogràfica és el millor predictor global de la demanda de cures, però l'estructura social i política condiona fortament la distribució de la producció de cures.

Els resultats mostren com la provisió social de cures als espais rurals lleidatans reproduceix el règim de benestar propi dels països mediterranis, que s'accentua en el espais rurals

Les dades d'aquesta tesi mostren també la deficitària provisió pública actual de cures als espais rurals lleidatans. Assistim encara avui a la reproducció del règim de benestar propi

dels països mediterranis en un escenari caracteritzat encara tant pel familiarisme i l'assistencialisme com per un individualisme institucionalitzat que, sota un marc global i europeu liderat per polítiques de tall neoliberal, desplaça els problemes als propis individus o d'acord amb l'objecte d'estudi, a les llars familiars on hi viuen persones grans en situació de dependència, i dins d'aquestes llars, al gènere femení. Com a conseqüència, les llars familiars viuen una situació de desprotecció social que condiona les estratègies de sostenibilitat econòmica i social de les cures o de cobertura de les necessitats dels grans dins el marc de la llar familiar. Aquest fet, indueix les llars a adoptar mesures obligades de resiliència, que promouen la delegació de la cura dels familiars a un mercat de cures desregulat i mercantilitzat que en molts casos, infringeix drets laborals, socials i reproduceix, des d'una perspectiva de gènere interseccional noves opressions per raó de classe, ètnia i gènere. L'actual tendència a reprivatitzar les cures fent ús de la mà d'obra migrada femenina, introdueix noves problemàtiques vinculades a la regularització de la migració, la defensa dels seus drets laborals i la introducció de regulació i control pública de les condicions laborals en que es duu a terme la cura a les llars familiars. Els resultats generals de la tesi, mostren com les solucions històriques dels anomenats règims de benestar mediterranis s'han caracteritzat pel seu caràcter residual i minimalista en la provisió pública de serveis, per la familiarització o delegació a la família de tota responsabilitat a través de la tradicional i alta presència de cura familiar feminitzada. Segons Esping-Andersen (2000) el règim de benestar mediterrani es caracteritza per una orientació assistencial (encara no) en evolució a la universal¹²¹, finançament via impostos i copagament, amb serveis d'atenció directa, ajudes tècniques i prestacions econòmiques topades. Provisió, en el cas català, pels ajuntaments de més de 20.000 habitants o per les comarques i la Generalitat de Catalunya, tercer sector i sector privat, i amb un suport molt limitat a la figura de la persona cuidadora familiar, adscrita històrica i culturalment al gènere femení. Segons Saraceno(1995) al familiarisme mediterrani se li afegeix una mirada assistencialista que considera la protecció pública com a substituta de les famílies i no com a un dret universal i individual (Recio Cáceres, Moreno-Colom, Borràs Català, Torns Martín, 2012).

¹²¹ L'actual Pla estratègic de Serveis Socials 2021-24 afirma que, en la seva concepció el Sistema de Serveis Socials s'entén com a universal, no obstant, les dades d'aquesta recerca no ho mostren. Així i tot, finalment es reconeix que "Malgrat els esforços, el Sistema de Serveis Socials no és de cobertura universal, fet que ha contribuït al fet que en perduri la residualitat" (pàg 69).

8.1.3 Individualisme institucionalitzat, externalització-delegació i privatització de les cures

Les dificultats d'accés a molts serveis socials al món rural fan que els acabem assumint els que hi vivim, i en un percentatge molt alt, qui ho fem som les dones. En un món on l'envelliment de la població és evident, som l'esperança i les arrels dels pobles petits. Si les dones marxem, el món rural perdria un dels seus pilars essencials. Som imprescindibles per al bon funcionament del sector, la gestió de les empreses, els camps, el bestiar i les nostres famílies. (Associació de Dones del Món Rural, Cerrarols i Nogué 2022: 285)

Avui dia, “els humans es veuen exposats a una societat plena de riscos però mancada de certes i garanties”(Bauman,2016:54). La individualització extrema, s'entén, segons Bauman, com la insistència dels poders existents a “externalitzar” o descarregar la comesa d'afrontar els problemes a recursos dirigits per individus que treballen tot sols. Per tant, els humans “són abandonats als seus propis recursos”. Bauman, en un dels seus darrers llibres “Desconeguts a la porta de casa” (2016), s'adreça a l'impacte de les migracions en el marc d'una societat que conviu amb una incertesa constant. El sociòleg qualifica la nostra societat com a “societat del rendiment”, seguint a Byung-Chul Han (2012) on els subjectes arribem fins al punt de “l'autoexplotació” sense cap garantia, sota la falsa premissa d'éssers lliures.

Mentre les esferes altes del poder es renten les mans del deure de procurar una vida digna, es privatitzen les incerteses de l'existència humana i la responsabilitat d'afrontar aquestes incerteses cau completament damunt les febles espatlles de l'individu, alhora que els de dalt es desenten de les angoixes i desgràcies existencials perquè consideren que són el resultat d'accions insensates perpetrades pels mateixos que en pateixen les conseqüències.(Bauman, 216:58)

Així, els resultats d'aquesta tesi mostren com el territori rural lleidatà, assisteix a una individualització de les formes de vida que condiciona la mirada en que s'aborda la sostenibilitat de la cura, centrant-nos en les llars familiars que exerceixen com a essencials “sostenidores de cura”, en consonància a una progressiva desintegració de formes socials abans existents. El pes dels marcs de referència, els rols familiars, les categories de classe, la família pairal tradicional o el veïnatge esdevenen fràgils, difuminats o líquids, sota el marc de pautes modernes i regulacions que han de ser subministrades pels propis individus, “importades a les seves biografies mitjançant les pròpies accions” (Beck i Beck-Gernsheim 2001:39).

Els resultats d'aquesta recerca dibuixen un escenari rural caracteritzat per un *individualisme institucionalitzat* que desplaça els problemes als propis individus.

És des d'on pot interpretar-se *la versió actual del familiarisme*, dins d'un marc d'individualisme institucionalitzat amb "la preferència pública per una privatització de les cures", "reencomanant-se aquestes, a les famílies". Tal i com apuntaven Daly i Lewis (2000:237) en els països mediterranis els serveis públics d'atenció a les persones grans són limitats i la participació del mercat en els serveis associats a les cures es troba en vies de creixement i de desenvolupament. Aquest "individualisme polític-assistencial" s'associa a un abandonament o marginació per manca d'atenció dels poders públics, l'absència d'equipaments o per un relatiu aïllament espacial. Es podria establir una equivalència amb l'aïllament geogràfic, generat per la dispersió de la població i la necessitat de desenvolupar estratègies assistencials dissenyades d'acord amb unes situacions donades (Paniagua, 2008:645). La fase del capitalisme actual dona el protagonisme al capital financer per a disciplinar els Estats i allò públic en interès dels inversors privats, sobretot per a exigir desinversió pública en la reproducció social i "l'emancipació s'uneix a la comercialització per desvirtuar la protecció social"(Fraser,2016).

8.2 DISCUSSIÓ DELS RESULTATS SEGONS ELS OBJECTIUS

8.2.1 Cura social, corresponsabilitat i problematització de la cura

El primer objectiu general de la tesi preveu **una deconstrucció de la representació del fenomen de la cura en la seva accepció de *cura social*, per part de diferents agents, centrant-nos en el cas de les persones grans amb dificultats en la seva autonomia.**

Per a la seva consecució s'indaga en les representacions mentals i ideològiques sobre la situació actual de les cures a través de l'aplicació d'una metodologia qualitativa. Es fa ús d'entrevistes en profunditat i de qüestionaris aplicats a una mostra de llars familiars per a copsar els elements discursius de diferents agents implicats en la gestió de les

cures, com són les veus del sector públic, format per administracions públiques, les veus de les pròpies llars familiars, i també de les d'empreses privades i entitats socials.

Els conceptes claus en aquest objectiu són: **la cura social, la corresponsabilitat en la cura, la visió de les cures com a problema social**. Es mostren, a continuació, les temàtiques que es desprenen dels resultats.

8.2.1.1 La redistribució de les cures, un debat urgent

- **Divergències en els posicionament dels agents públics**

La percepció del *problema de la cura* és vist de forma diferent depenent de quins siguin els actors i el seu paper o funció en relació a les cures. Per una banda, els subjectes representants de l'espai públic format per persones que treballen a les administracions públiques locals difereixen pel que fa a qui ha de donar resposta a aquesta problemàtica, posicionant-se des de fraccions més conservadores a més crítico-sistèmiques. Les fraccions *més conservadores* afirmen que “la responsabilitat és de la família, dels fills” i que “l'Estat no pot tenir la responsabilitat de la cura”. Altres posicionaments moderen aquestes afirmacions -*fracció moderada*-, reconeixent que les famílies no poden deixar de treballar per a cuidar, fet que apunta a qüestions de conciliació primer, i segon, de corresponsabilitat, així, “la responsabilitat és de la família, però l'Estat hi ha d'ajudar”. Finalment, les dades indiquen que les entitats socials, o empreses privades adreçades a persones diverses funcionalment o amb problemes d'autonomia, i també la veu dels sindicats, conformen la *fracció progressista*, la qual és del parer que “la cura ha de ser compartida entre les Famílies, l'Estat i el Mercat”. Només en aquest posicionament s'adverteix el pes d'una societat patriarcal i l'atribució de les cures al paper informal femení, al mateix temps que al col·lectiu migrant, les dones del qual són qui substitueix el paper exercit per les dones autòctones.

L'envelliment de la població va en augment i la solució no passa per les cures informals a través de persones immigrades (...) no s'afavoreix la continuïtat laboral, i tot perquè estem en un sistema patriarcal. (Entitat social privada adreçada a persones amb diversitat funcional física).

D'aquests posicionaments sorgeixen moltes qüestions, s'omet aquí el paper del gènere com a sostenidor clau dins de les famílies? Quan es parla dels “fills”, s'omet el biaix de gènere en els graus de corresponsabilitat entre filles i fills en la cura? Per tant, caldria preguntar-se si les cures poden ser avui només una responsabilitat familiar (de les dones)?, o bé, és sostenible la cura dins el marc actual dels canvis familiars (entre els gèneres i en la composició i estructures familiars) o bé, quan hom anomena la

“responsabilitat familiar”, quin concepte de família li ve a la ment? El model tradicional nuclear de família basat en la divisió sexual del treball ? la cura silenciada de les dones ? S'exclouen les diversitats familiars actuals?

Com s'ha assenyalat, la veu de les persones representants del sector públic entrevistades consideren per una banda, que *la responsabilitat de les cures és de forma prioritària, una “responsabilitat familiar”*, fins al punt d'advertir i assenyalar les famílies com aquelles que no compleixen amb el seu deure, i “deleguen “ o “es desentenem” de la cura dels seus familiars. La designació dels problemes socials com a problemes morals canalitza causes i solucions cap als propis individus, és a dir, té *un efecte desplaçament o desviament* cap al comportament individual (Stuart Hall, 1974; Dowling,2021).

Hauríem d'augmentar la protecció social però la família no es pot desconscienciar, el problema és seu, l'hem d'ajudar, però el problema és seu.(Serveis Socials Consell Comarcal Garrigues)

És una certa delegació, d'aquest paper de responsabilitat individual que cadascú tenim en la presa de decisions de la nostra vida, no puc pagar la llum, doncs tu me la pagas, aquí hi ha una certa delegació.(Persona representant dels Serveis Socials. Ajuntament de Lleida)

Per altra banda, en les anàlisis dels discursos a agents públics, existeix un altre posicionament que reconeix que la organització social de la cura *és també un problema col·lectiu* i que és necessària una corresponsabilitat pública en relació a les cures:

Que és un problema de tots, jo sí que penso que l'és un problema de tots perquè en el fons si tens algú que s'ha de cuidar a casa, sigui gran o no, sí que hauríem de tenir part de responsabilitat l'administració, el que passa és que l'administració fins ara tampoc ho facilita, tampoc ho facilita, i no ho facilita perquè penso que és un problema econòmic bàsicament, perquè tot el que és l'atenció a les persones grans i a la discapacitat vol dir una despesa important o molt important, les atencions són cares i valen uns diners, i el que no podem fer és que qui vagi a cuidar no estigui ben pagat. (Àrea Serveis Socials Comarca Pla d'Urgell)

- **La cura constitueix un problema social, segons les llars familiars**

La visió des de les pròpies llars familiars divergeix de les administracions públiques en *la seva unànime opinió pel que fa a la consideració de la cura com a problema d'ordre social en que l'Estat, les administracions públiques haurien de donar resposta* a les necessitats familiars en el cas de persones grans en situació de dependència que viuen a casa, que són la majoria dels grans. Cal remarcar que **més de vuit de cada deu llars afirma que es tracta d'un problema i que aquest, és social**. Consideren que la pròpia

família és qui se n'ha de fer càrrec de forma prioritària però que en segon lloc és necessària una corresponsabilitat pública que podria anar a càrrec d'una millor atenció o suport socio-sanitaris i també des dels serveis socials de base territorials. Hi ha qui apunta que haurien de ser els propis ajuntaments, en alguns casos, com és el cas d'alguns municipis situats a la Vall Fosca (Pallars Jussà) que estan proveint de suport puntual on no arriben altres serveis.

Podem aspirar que la cura sigui responsabilitat prioritària tant dels homes com de les dones, i podem aspirar també que sigui assumida i realitzada per múltiples actors socials, en múltiples espais físics i institucionals i prenent com a base múltiples i diversos vincles socials. (Ezquerria i Mansilla, 2018:16)

Si desagreguem per sexe les respostes anteriors de les llars, els homes cuidadors -tot i ser pocs- opinen unànimement que “és un problema”, en més mesura que les dones, les quals divideixen la seva opinió entre el 79,4% que afirmen que “constitueix un problema”, el 14% que “no ho és”, i el 2,5% que “no ho sap”. Els homes també en major mesura el consideren un problema social en un 87,5% dels casos versus les dones (81,9%), i un 11,5% de les dones consideren que la cura és un problema individual, enfront un 6,25% d'homes. Des d'un punt de vista sociològic, el fet que sigui el gènere femení el que encara assumeix el pes moral, simbòlic i mental de la obligació de les cures, respondria tant al familisme interioritzat, com als processos de socialització dins la forta generització a la qual van estar sotmeses les cohorts que ara mateix són responsables de la cura familiar.

Segons el darrer Pla Estratègic del Serveis Socials 2021-2024, l'envelliment de la població figura com un dels reptes principals a afrontar, no obstant encara no es visualitza com a problema real, de facto, present avui ans es planteja el fenomen postposant-lo i remetent-lo a projeccions estadístiques òbvies, sense afrontar-lo : “es produirà un sobreenvelliment de la gent gran i guanyaran més pes les persones d'edat avançada. Per tant, el grup de població de 80 anys i més que actualment representa el 21,1% del total de la població de més de 65 anys passarà a ser d'un 31,8% el 2030 i arribarà a un 44,8% el 2060”. I afegeix:

L'envelliment i el sobreenvelliment de la població qüestiona el concepte de sostenibilitat aplicat a les polítiques socials i molt especialment als serveis socials, ja que l'increment de persones que requereixin suport per dur a terme tasques de la vida quotidiana serà una constant que incrementarà al llarg dels anys. Així doncs, caldrà repensar el Sistema català de serveis socials perquè pugui introduir com a elements d'anàlisi i avaluació

estructurals no només l'envelliment de la població, sinó també la morbiditat de gènere.
(Pla estratègic de Serveis Socials 2021-24:59 Departament de Drets Socials)

Quan es diu: “qüestiona el concepte de sostenibilitat de les polítiques socials” no es fa referència a què es refereix. Si hom fa referència a la seva sostenibilitat econòmica, no es precisa, i potser caldria revisar la instrumentalització i l'ús de conceptes com aquest.

El Pla estratègic esmentat reconeix el paper de les dones com a eix clau del benestar de les llars familiars, i literalment es diu que “ les dones han estat considerades les responsables de la cura, l'atenció i el sosteniment de la vida quotidiana, *fet que les ha convertides en un puntal econòmic que ha assumit els costos de l'estat de benestar català, que avui dia es desdibuixa i es trasllada a les administracions públiques*”. Aquest darrer punt, essencial i clau per a aquesta tesi, “avui es desdibuixa i es trasllada a les administracions públiques”, a què es refereix? s'assumeix la responsabilitat pública ? o tal i com es constata en el treball de camp d'aquesta tesi en les queixes per part del personal tècnic sobre el fet que algunes famílies deleguen a les administracions públiques, el problema de les administracions públiques rau en la incapacitat per a assumir-ho com a problema?

La situació sociodemogràfica descrita no només té conseqüències en el Sistema català de serveis socials, sinó que també té un fort impacte en les famílies. En termes generals, i concretament a les societats mediterrànies, les famílies —les dones— han estat considerades les responsables de la cura, l'atenció i el sosteniment de la vida quotidiana del seu entorn més immediat, fet que les ha convertides en un puntal econòmic que ha assumit els costos de l'estat del benestar català, que avui dia es desdibuixa i es trasllada a les administracions públiques. La xifra de dones cuidadores informals és molt superior a la d'homes en tots els nivells d'estudis. Segons l'Enquesta de l'ús del temps 2010-2011 de l'Idescat, a Catalunya el temps mitjà diari destinat a la llar i a la família en el cas de les dones és de 4 hores i el dels homes és de 2 hores; el que fa evident que, per raons socioculturals associades als rols de gènere, el suport i la cura a l'entorn habitual recau majoritàriament en les dones. Aquesta realitat s'ha fet més visible durant la situació derivada de la COVID-19, en què les cures d'ascendents i descendents han recaigut en major mesura en les dones. (Pla estratègic de Serveis Socials 2021-24. Departament de Drets Socials)

Aquests posicionaments observats en els resultats de la tesi, assenyalen la necessitat relativa al debat actual sobre el plantejament de socialitzar de les cures, en base a una democratització o redistribució més equitativa, però a nivell institucional encara no es reconeix la necessitat d'una corresponsabilitat urgent, ni s'assenyala la possibilitat de

promoure xarxes comunitàries de cures, de manera que s'aprofitessin els vincles comunitaris que encara hi ha al món rural per a reteixir estratègies de cures compartides entre diferents agents socials, entre ells, s'hi haurien d'incloure de forma efectiva les administracions públiques. La cura social, interpretada com a procés que implicaria "desfamiliaritzar el benestar" suposaria alleujar les dones del treball reproductiu no remunerat que estan duent a terme visibilitzar-lo i compartir-lo a través d'una socialització de les cures (Fernández i Agüero, 2018). En oposició a aquesta darrera argumentació, Dowling (2022) observa com a través d'estudis de casos provinents del context dels Estats Units de la científica social australiana Melinda Cooper demostren com determinades posicions ideològiques com el conservadorisme social actual i el model heteronormatiu nuclear de família romanen sota els principis de la ideologia neoliberal i les seves pràctiques. Melinda Cooper, a *Family Values* (2017) mostra com el neoliberalisme privilegia els valors de l'individualisme familiar atomitzat sobre els valors de solidaritat i la llibertat contractual sobre l'estatus heretat.

Segons Ezquerria i Mansilla (2018), des dels posicionaments basats en paradigmes feministes, seguint a Fraser (2015), proposen la necessitat de fer un exercici de ruptura en relació a les jerarquies econòmiques existents "activitat proveïdora" i "activitat cuidadora" de cara a un model de "persona cuidadora universal", que elimini la seva codificació de gènere.

Fraser (2015) proposa capgirar les jerarquies econòmiques actualment existents i caminar cap al model de «persona cuidadora universal». Això comporta que els patrons de vida que avui es consideren femenins esdevinguin la norma per a tots i totes, i que el mercat laboral estigui dissenyat per a treballadors i treballadores remunerats que, fruit del desmantellament de l'oposició sexista entre «l'activitat proveïdora» i «l'activitat cuidadora», també siguin cuidadors i cuidadores. A més a més, comporta la integració d'activitats que actualment estan separades, l'eliminació de la seva codificació de gènere i, en definitiva, la reducció de la importància del gènere com a principi estructural de l'organització social. (Ezquerria i Mansilla, 2018:16)

Com a precedent català es pot consultar la Mesura de Govern per a una Democratització de la Cura 2017-2020 (MGDC), que comptava amb 68 actuacions adreçades a posar les cures al centre de les polítiques municipals, en el cas de l'Ajuntament de Barcelona¹²².

¹²² Comptava amb una dotació pressupostària inicial de 59 milions d'euros addicionals per al període 2017-2020. https://media-edg.barcelona.cat/wp-content/uploads/2017/06/05124906/MGDCures_web.pdf (recurs web visualitzat el 18 de març de 2023)

Taula 8.1 . Eixos centrals del marc de la democratització de la cura (MGDC)

Eixos centrals	Eixos transversals	
<p>Reconeixement de la centralitat social de la cura</p> <ul style="list-style-type: none"> •Valorització social i simbòlica de la cura •Garantia que l'accés a una cura digna no s'assoleix a costa dels drets de cap altra persona <hr/> <p>Socialització de la responsabilitat de la cura vers l'àmbit comunitari, les administracions públiques i el sector privat</p> <ul style="list-style-type: none"> •Socialització de la cura vers l'àmbit comunitari •Socialització de la cura vers les administracions públiques •Socialització de la cura vers el sector privat amb i sense ànim de lucre 	<p>Eliminació de la (mal) divisió social de l'organització social des d'una perspectiva interseccional</p> <ul style="list-style-type: none"> •Divisió sexual del treball en l'organització social de la cura •Divisió racial del treball en l'organització social de la cura •Divisió socioeconòmica en l'organització social de la cura 	<p>Apoderament entorn de l'organització social de la cura</p> <ul style="list-style-type: none"> •Apoderament individual •Apoderament relacional •Apoderament col·lectiu

Font: Ezquerria i Mansilla, 2018: 28.

Font: Rubio Cano, 2021

8.2.1.2 Escassa associació entre la crisi global de cures i els canvis en els papers del gènere femení

La **crisi global de cures** fa referència a la manca de respostes socials davant l'augment de necessitats vinculades a l'envelliment, l'augment de malalties vinculades a aquest, l'augment de problemàtiques vinculades a la salut mental, l'escassetat pressupostària en salut i educació i serveis de protecció social, la sobrecàrrega del personal sanitari, a la creixent precarització de les condicions laborals i socials en que s'està duent a terme el treball de cures. Dowling (2021) apunta que “parlar de crisi de cures és parlar dels canvis en les condicions materials per a la provisió de cura ja sigui dins les llars i les famílies, en comunitats, per serveis públics o socials o a través del mercat, corporacions privades o agències” (Dowling,2021:6)

The Care Crisis enquires into the ways in which the continued off-loading of the cost of care **onto the shoulders of underpaid and unpaid realms of society**, untangling how this off-loading combines with commodification, marketisation and financialisation to produce the mess we are living in. (Dowling, 2021, èmfasi afegit per l'autora de la tesi)

Segons es dedueix dels resultats de les administracions públiques, majoritàriament **ometen, o no fan esment de la crisi de cures a la que estem sotmesos com a societat**. No s'estableix, tret de casos excepcionals, interrelació entre els canvis actuals

en els papers del gènere femení, tradicionalment subjecte i subjectat a les cures, com a fet condicionant, entre altres, de transformacions en l'àmbit familiar i domèstic actuals. No es distingeix "qui fa què" dins les famílies, ni s'empatitza amb la sobrecàrrega femenina en relació a les dobles o triples jornades que estan fent encara les dones per a sostenir la vida dels seus. L'absència de centralitat i presència de les qüestions de gènere, per una banda, i la no associació directa amb els nous papers i rols familiars són un fet que mostra les dades. Segons Elizalde-San Miguel (2020) "quan parlem de crisi de cures no ens estem referint a una amenaça que arribarà en unes dècades quan l'actual generació d'adults arribi a la seva vellesa, sinó que fa referència al que *ja és ara una incompatibilitat entre les necessitats de la població i els recursos amb els que compta*" (2020:34)

Així i tot, hi ha casos excepcionals, com s'ha dit, en que s'assenyalen els canvis en els rols femenins que fan referència a la necessitat de les llars d'un doble salari o *dual earner families* vinculat a la generalització del treball remunerat de les dones fora de casa.

Des que s'ha incorporat la dona a la vida laboral amb més intensitat, o l'Estat és molt potent i assumeix la protecció de la cura de la gent gran en institucions, això vol dir tenir molts diners, que va ser el començament de la llei de la dependència, o si no es fa molt difícil compatibilitzar per la cultura de que la dona sempre ha estat a casa, compatibilitzar que les cures es facin a casa i que la dona pugui treballar. Implicar l'home està molt bé, però el que passa és que tant home com dona estaran molt implicats en la seva feina i hauran de deixar o depenent del nivell econòmic, que hi hagi una altra persona que no sigui de la família la que faci la cura al domicili. (Val d'Aran, Departament de Torisme, Desenvolupament Econòmic i Departament de Benèster e Salut)

Constitueixen les cures un problema econòmic? Hi ha consens entre les administracions públiques sobre el paper que té la dimensió econòmica en relació als *alts costos dels serveis d'atenció a la dependència, que s'agreugen en els espais rurals*. Les administracions públiques inclouen en els seus discursos aquestes argumentacions economicistes, al·legant o remetent el problema de les cures a problemes pressupostaris, econòmics, dins del propi marc interpretatiu de l'economia neoclàssica que associa la corresponsabilitat pública a un "risc o cost econòmic".

Crec que és molt un problema econòmic, és un tema pressupostari, ara a l'administració no és una prioritat, en el moment ho hauria estat al 2007, potser era el moment, créixer en els recursos de l'atenció als cuidadors, però ara amb la crisi es prioritza una altra cosa, hem de cobrir despeses de la llum, els lloguers, hem de destinar despeses a coses que no és precisament l'atenció, a vegades fins i tot és al revés, moltes persones viuen de les persones que cuiden, i ens vam trobar en el seu moment, que gent que estaven en residència, els van treure de la residència, per retornar al nucli perquè el fill o la filla no treballava i diu per què pagar la residència si ara jo puc cuidar-lo a casa, i clar, va fer un retorn. (Coordinadora Serveis Socials del Consell Comarcal Pla d'Urgell)

Així i tot, la dimensió econòmica constitueix un element clau en relació a la qüestió de les cures. Segons Dowling (2022) la cura no es pot reduir a les seves dimensions emocionals i afectives, sinó que la cura té una doble dimensió: una dimensió material o elements pràctics, i una altra dimensió immaterial. *La dimensió material fa referència al vincle establert entre treball reproductiu i el gènere, i el seu caràcter històricament adscrit a un tipus de treball no pagat o no valorat econòmicament.* Quan el treball de cura esdevé bé materialitzat dins del mercat, parteix encara d'un imaginari o d'un reialme, seguint Dowling, sostingut en l'imaginari del treball no pagat o infrapagat. "Gendered roles may have been somewhat transformed, yet neither the link between gender and unpaid reproductive labour, nor the central role of the family, have disappeared" (Dowling, 2022: 41)

8.2.1.3 Manca de formació i qualificació de les persones treballadores de cura domiciliària en zones rurals

Les veus de les administracions públiques locals - Serveis Socials comarcals - ludeixen a un **problema de qualificació i formació entre les persones disposades a treballar en tasques de cura domiciliària** en àrees rurals disperses. Dins del territori lleidatà, hi ha diferències remarcables entre les dificultats que tenen algunes comarques com el cas de l'Alt Urgell (Alt Pirineu i Aran), en la provisió de persones treballadores de cures professionals per la seva situació d'aïllament i distància de centres urbans. També per l'extensió de territori amb micropobles molt dispersos (Comarca de la Noguera). Aquest fet, dificulta la provisió de serveis en comparació a altres comarques on els serveis es troben més propers, accessibles, o pròxims al centre urbà de Lleida.

Un altre tema és la formació, nosaltres hem fet cursos de treballadores familiars, hem fet formació, però realment les dones migrades i no migrades que estan fent aquesta tasca, no tenen formació. Val?, això és així. (Consorti d'Atenció a les persones. Comarca Alt Urgell)

Des de la Comarca de la Noguera, amb una estructura geogràfica que ens limita molt. Després també hi ha pobles, que són tant petitonets, que no tenim treballadors i els tenim que portar de fora. Amb el que això costa incrementar el cost del Servei. Perquè no és el mateix dir, que una treballadora te surt, podria dir Lleida, com podria dir Barcelona, o grans ciutats. Va amb el metro, va amb l'autobús, no, no, que has de fer, per anar a Ponts o anar a Àger, són 45 km d'anada i 45 de tornada per fer tres hores, aleshores això ens crea una realitat que aquest servei no s'acaba donant. I si tens que anar al poble a buscar una treballadora, titulada no és. (Coordinador Serveis Socials. Consell Comarcal La Noguera)

Existeixen, segons Recio Cáceres et al (2015) factors socioestructurals que limitarien les possibilitats d'un reconeixement, qualificació

i bones condicions d'ocupació que suposen una dificultat en la professionalització del treball de cures. Segons les autores, existeix una dificultat a l'hora de definir quines activitats s'inscriuen sota l'apèndix de les cures. En aquest camp, com s'extreu de l'estudi Cadenes Globals de Cures feminitzades, existeix una indefinició i diversitat de modalitats contractuals, per exemple, el treball de cures i domèstic a les llars, treballadores del servei d'atenció domiciliària, gerocultures (en entorns residencials). Les categories professionals d'aquest sector es caracteritzen per una manca de requeriments formatius, baixa qualificació, salaris baixos, escàs reconeixement professional i poques possibilitats de dur a terme una trajectòria social ascendent (Johansson y Moss, 2004; Anxo i Fagan, 2005). Les professions de cures no es troben dins el barem de professions qualificades pel fet d'estar sotmeses a tres lògiques: la lògica del mercat, basada en una idea privada d'adquirir al mercat un producte com són els serveis de cures, fet desigual per naturalesa. La lògica de l'Estat, que parteix d'una idea d'igualtat per a definir els drets de ciutadania sobre la cura i per tant els serveis i prestacions que conformen la cartera de serveis, per exemple del SAAD d'acord amb la LAPAD, i la lògica de la família construïda a partir de la reciprocitat, l'afecte, la intimitat sota una idea de privacitat. (Recio Cáceres et al, 2015). Segons Duyvendak et al., 2005; Knijn y Verhagen, 2007 cal desvincular el treball professional de cures de les tasques femenines i atorgar-li el valor d'expertesa que suposa.

El problema de la qualificació de les persones que exerceixen treball de cura i domèstic no afecta només a les treballadores de cures del SAD, ni a les àrees rurals, sinó que, com assenyala Castelló (2011), en "la gestió quotidiana de les cures hi ha una qüestió de gènere i classe". Les famílies ocupadores expressen queixes en relació a la manca de formació i professionalitat de les treballadores de cura i de la llar, afirmant que a mesura que les cures es transvasen al mercat, el nivell d'exigència de les "dones" ocupadores, augmenta, "fins al punt que aquestes arriben a dedicar el primer i/o el segon mes de contracte a formar a la treballadora"(Castelló, 2011:481).

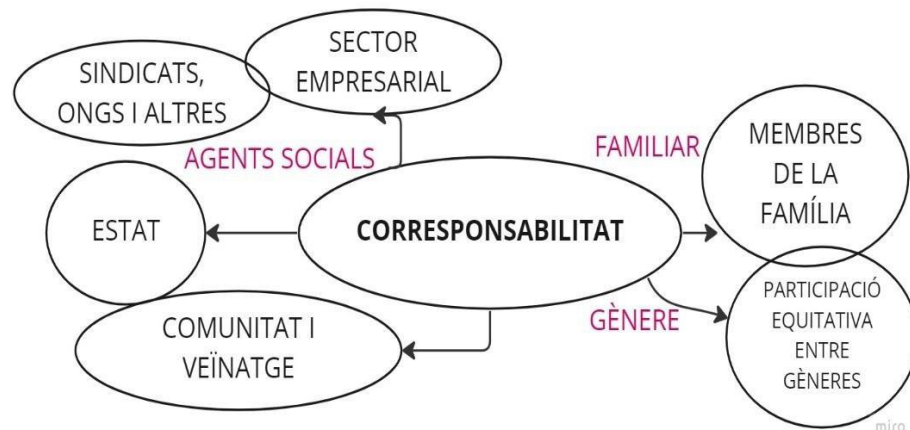
El fet de professionalitzar les cures no exerceix una ruptura amb l'actual segmentació laboral per raó de gènere, ni amb la seva precarietat, si no va acompanyada d'un procés de conscienciació, reconeixement, valoració i compromís social. Així es manifestava, per exemple, l'Ajuntament de Barcelona, en les polítiques públiques municipals, en la seva elaboració de l'Informe: Economia de les cures i política municipal: cap a una democratització de la cura a l'Ajuntament de Barcelona (2018). Aquest informe, encarat

a la defensa d'una *economia de les cures* des d'una perspectiva de gènere o feminista, es posiciona de la següent forma:

Es cerca, en primer lloc, visibilitzar i valoritzar el treball de cura realitzat en les famílies i en les comunitats que no és remunerat ni reconegut. En segon lloc, l'economia de les cures aborda també el treball de cura de caràcter remunerat promovent que es dugui a terme en condicions justes i dignes, i reivindica la importància de les aportacions en forma de serveis i transferències provinents del sector públic. En tercer lloc, lluny de centrar-se, d'una banda, en l'esfera familiar o en la comunitària, i, de l'altra, en l'esfera del mercat laboral i de les administracions públiques, considera totes aquestes esferes com a espais socials rellevants per a l'exercici i la recepció de la cura i, alhora, com a actors responsables de la seva provisió durant la totalitat del cicle de vida de les persones. En definitiva, l'economia de les cures aborda la triple dimensió econòmica, social i política de la cura, atès que: 1. reconeix que les economies considerades productives es beneficien del treball de cura que no és reconegut ni remunerat i, per tant, aposta per treure'l de la invisibilitat; 2. busca combatre les múltiples desigualtats socials que acompanyen, tant la provisió com la recepció de la cura; i 3. defensa promoure la corresponsabilitat entre diferents actors socials —incloses les administracions públiques— en la provisió i la recepció de la cura d'una manera justa i digna. (Ezquerria i Mansilla, 2018:18)

8.2.1.4 Deficient corresponsabilitat i conciliació laboral

En les dades resultants d'aquesta tesi provinents de les llars familiars, es mostra una problemàtica relacionada amb les respostes de les pròpies famílies a l'hora de col·laborar i compartir entre els seus membres la cura dels familiars grans. S'observa *una inexistència o baixa corresponsabilitat familiar i en alguns casos una manca d'implicació per part de les famílies* en relació a la cura de les persones grans. En una escala de l'1 al 10 on l'1 significa "gens" i el 10 "excel·lent, **en quatre de cada deu llars (41,7%) la corresponsabilitat familiar en les cures es considera mitja, baixa o nul·la**. Només un 28% manifesta que és excel·lent el grau de participació i col·laboració en les tasques de cura, tot i que un 21,4% també la qualifica de molt bona. Es podria dir que la meitat de les llars col·laboren i l'altra meitat no. Per altra banda, en gairebé la meitat de les llars (46,7%) es valora com a "excel·lent" el grau d'implicació per part de la resta de membres de la família en la cura i una quarta part la considera "molt bona, notable o bastant bona". Així i tot **una quarta part de les llars manifesten que les famílies o s'impliquen a mitges o poc**, considerant un baix grau d'implicació. Si desagreguem les respostes de les llars per sexes, són les dones qui més expressa queixes de baixa corresponsabilitat: el 38% de les llars encapçalades per dones cuidadores versus el 3,5% de les llars formades per homes cuidadors.

Figura 8.1 *Corresponsabilitat en les cures*

Font: Elaboració pròpia

La corresponsabilitat suposa una distribució equilibrada, equitativa i funcional de la planificació, l'organització i la realització de les tasques domèstiques, de la cura d'infants i de les persones dependents, dels espais d'educació i del treball remunerat (Bonino,2000). Aquesta noció s'entén com a pacte social que apuntaria de forma simultània a tres direccions:

1) Corresponsabilitat entre diferents agents socials, això és, Estat, empreses, sindicats, institucions, organitzacions no governamentals. 2) Corresponsabilitat entre gèneres 3) corresponsabilitat familiar o entre els membres de la família en el que es podria dir un pacte intergeneracional o, com anomena Molina-Luque (2021) "profiguració", que habituï els membres de la família a una responsabilització col·lectiva en el sosteniment econòmic i afectiu de la llar (Casado Aparicio i Gómez Esteban, 2006).

El concepte de conciliació laboral i familiar sorgeix per la massiva incorporació de les dones al treball remunerat o mercantil per a que es pugui compatibilitzar aquest treball amb la cura familiar. Segons en el "paradigma de la conciliació" el que succeeix és que les dones són qui a més d'estar en el mercat laboral s'encarreguen de les mateixes tasques que ja realitzaven (Associació Copersona,2023). Els mecanismes de conciliació no són utilitzats pel gènere masculí en el grau que ho fa el femení, per tant, no introdueix mesures d'equitat entre gèneres. Tot i les reduccions de jornada que permet la Llei

39/1999¹²³, de 5 de novembre, per a promoure la conciliació de la vida familiar i laboral de les persones treballadores és el gènere femení qui avui dia, en un 95% dels casos, s'hi acull (USO,2022).

Tendrá el mismo derecho quien precise encargarse del cuidado directo de un familiar, hasta el segundo grado de consanguinidad o afinidad, que por razones de edad, accidente o enfermedad no pueda valerse por sí mismo, y que no desempeñe actividad retribuida. La reducción de jornada contemplada en el presente apartado constituye un derecho individual de los trabajadores, hombres o mujeres.(Art.2 Llei 39/1999)

En dates que es presenta aquesta tesi (2023), hi ha vigent l'avantprojecte d'una nova Llei de famílies que preveu un permís per cures de cinc dies l'any, retribuïdes, per a atendre a una persona familiar fins a un segon grau o convivent, i que les persones treballadores podran utilitzar en cas d'accident o malalties greus, hospitalització o intervenció quirúrgica sense hospitalització que requereixi repòs.

No obstant, el treball de cures amb les persones grans, en molts casos és *treball de cures de llarga durada*. Com mostren els resultats, el 31,5% de les llars entrevistades porten més de deu anys cuidant, i el 50,6% porten cuidant entre dos i deu anys. Només el 17,9% de les persones grans receptores de cures en reben des de fa menys de tres mesos fins a dos anys. Les dades indiquen que el treball remunerat fora de casa de les dones introdueix noves temàtiques i noves problemàtiques a la organització familiar de la cura com són: *la sobrecàrrega psicològica de la persona cuidadora, la distinció entre càrrega física i psíquica, cura directa i cura indirecta, conflictivitat familiar en el repartiment equitatiu i en l'assumpció de les cures, diferències i desigualtats de gènere, manca de corresponsabilitat masculina, necessitat d'ajuda externa en les cures i problemes de conciliació de la vida laboral, familiar i personal*.

El treball de cures de llarga durada esdevé obstacle a l'hora de fer-se compatible amb el treball dut a terme fora de casa. Les necessitats de cura de les persones grans sovint no són puntuals sinó que requereixen de supervisió continuada. Aquest fet que repercuteix directament a la trajectòria laboral de les figures cuidadores, majoritàriament

¹²³ Introduïa modificacions en el text refós de la Llei del Estatuto de los Trabajadores, aprovat pel Reial Decret legislatiu 1/1995, del 25 de març, <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1999-21568>

dones. Segons dades del sindicat Unión Sindical Obrera (USO) ¹²⁴, 3 de cada 4 persones que demanen reducció de la jornada laboral són dones i la demanda de reducció per part de dones era d'un 16,29% el 2021 i només el 2,68% era per part d'homes. Per tant, les cures afecten directament a les carreres professionals ocupades pel gènere femení versus el masculí.

8.2.2 Les llars familiars als espais rurals lleidatans

Com a segon objectiu general **s'ha considerat elaborar un perfil o tipologia de les llars familiars on viuen persones en situació de dependència en relació als canvis sociodemogràfics de les llars lleidatanes i extrapolar-ne tendències actuals relacionades amb les estratègies familiars de cura.**

Els resultats mostren els trets següents en relació a les persones grans receptores de cures, per una banda, i per l'altra, les persones cuidadores familiars.

TIPOLOGIA DE LES PERSONES GRANS RECEPTORES DE CURES QUE VIUEN A LES LLARS FAMILIARS LLEIDATANES

- Les persones entrevistades **van néixer majoritàriament (73,9% dels casos) en nuclis rurals pertanyents a la demarcació de Lleida**. El 22,8% eren nascudes fora de Catalunya, amb un predomini de la Comunitat d'Andalusia, Extremadura, Aragó i altres. Un 2,2% eren nascudes a Catalunya, però fora de la demarcació de Lleida.
- El perfil majoritari és de **sexe femení (65%) i amb una edat mitjana de 85 anys**. Les persones de més edat són dones i els homes en situació de dependència són més joves. En el cas de les dones el seu estat civil majoritari és de viduïtat i de casat en el cas dels homes.
- En el cas de les dones, una gran part **han treballat com a mestresses de casa, en el servei domèstic, en el sector de la confecció, han estat pageses, ramaderes, o botigueres**. Moltes d'elles **mai van cotitzar**. En el cas dels homes, el perfil és d'una persona que ha treballat com a **pagès, pastor o ramader, i en règim d'autònoms**, i en segon lloc, han treballat com a comerciants majoritàriament autònoms, i com a professionals tècnics o com a transportistes.

¹²⁴ Consulta 20 Febrer 2023. <https://www.uso.es/aumentan-las-mujeres-que-renuncian-a-una-jornada-completa-por-cuidados/> El sindicat USO està configurat per cinc federacions professionals com indústria, atenció a la ciutadania, ensenyament, seguretat privada i serveis.

- Del total de persones grans entrevistades el 89,1% ha tingut fills o filles al llarg de la seva vida, i el 10,9% no n'ha tingut. **El nombre mitjà de fills i filles és de 2,48 per persona gran** receptora de cures.
- La majoria **viuen a casa seva, i són dones més que no pas homes qui resideixen a casa d'una filla** de forma permanent.
- El nivell acadèmic majoritari era el **d'estudis primaris acabats (48,9%)**, i en segon lloc els estudis primaris no acabats (21,7%). Després, persones que saben llegir i escriure però no van estar escolaritzades massa temps (12%).
- Les llars familiars on viu la persona gran estan formades **en un 41,2% per dues persones, en un 27,2% per tres, i en tercer lloc, en llars unipersonals (10,9%)** i formades per quatre membres (10,9%)
- Les persones receptores de cures afirmen que **la pròpia família exerceix de principal responsable de la cura**. La figura del/la cònjuge (35,9%) i la de la filla (34,8%) assumeixen la responsabilitat de la cura de la persona gran en situació de dependència.
- **El 40% de les llars disposen del suport de persones externes**, les quals duen a terme: cures i treball domèstic, serveis de fisioteràpia a la llar, ajuda per a aixecar-la, vestir-la i posar-la al llit, acompanyament i altres. **En el 65,8% dels casos, la persona no està contractada**. En un 21% sí que ho està, a càrrec mateix de les famílies o en altres casos la contractació és duta a terme a través d'empreses de serveis d'atenció domiciliària
- El **cost econòmic mensual mitjà per llar familiar** dels serveis externs de cura i domèstics, i sense comptar serveis de fisioteràpia o serveis d'acompanyament, és de 491€ mensuals, tenint en compte i al que hauria de sumar-se el cost econòmic i d'oportunitat- el que deixen de guanyar- les dones familiars en edat laboral que treballen exercint treball domèstic i de cures sense remuneració.
- Pel que fa a l'estat de salut de les persones receptores de cures, **les malalties cardiovasculars són les més prevalents, en un 51,1% dels casos; seguides per les de l'aparell músculo-esquelètic i les malalties neurodegeneratives** (Alzheimer, Parkinson, Esclerosi múltiple i altres) en un 37% dels casos.
- Les persones grans es trobaven (en el moment de ser entrevistades) majoritàriament en **el segon i tercer grau de dependència (31,5%)** i en menor mesura alguns casos en el primer grau (16,3%). Un 20% de les llars entrevistades afirmen que no havien sol·licitat el reconeixement del grau o no n'estaven informades.

- **Quasi la meitat de les llars (44%) entrevistades són receptores de prestacions econòmiques** derivades de la LAPAD i un 12% de les llars estan a l'espera de rebre-la. Tot i que les prestacions rebudes depenen del grau reconegut de dependència, si es fa una mitjana del total de les prestacions rebudes, aquesta és de 291€.
- En relació a la cartera de serveis previstos per la llei, **el Servei d'Atenció Domiciliària (SAD) és el tipus de servei més utilitzat (32% de les llars)**, enfront la teleassistència i el centre d'atenció diürna (CD). Una petita part de les llars afirma rebre materials com bolquers de nit. **El 43% de les llars afirma copagar alguns dels serveis rebuts** com els serveis de teleassistència, els serveis de taxi i públics, centre de dia, i una part dels medicaments.
- Les llars familiars (les dues figures, receptora de cures i cuidadores) manifesten la **necessitat de suport** en forma de: serveis d'acompanyament, ajuda econòmica, ajuda a la mobilitat, estimulació cognitiva, serveis d'atenció domiciliària, serveis de fisioteràpia, una persona que doni suport a la cura i suport a la persona cuidadora i millores dels serveis socio-sanitaris.
- **Un 64,5% de les llars ha hagut de readaptar la llar** a les necessitats de la persona gran, i un 3,4% ha hagut de canviar de casa per a dur a terme les cures.
- L'accessibilitat de les llars rurals es caracteritza per **dificultats en l'accés a l'habitatge (63%)**, manca de porters automàtics o intercomunicadors (85,9%), lavabos i vàters no adaptats, manca de passamans ergonòmics, i la meitat de les llars disposen de portes estretes on no passaria, per exemple, una cadira de rodes.
- **El nivell d'ingressos mensual** de les persones grans que reben cures a casa seva se situa en un 43% entre els 500 i els 800 euros, i en segon lloc, un 30% entre els 800 i 1.000 euros. Només un 18,3% de les llars sobrepassa els mil euros. **El tram més baix d'ingressos el conformen dones.**
- La percepció de les llars entrevistades, en quasi la meitat dels casos (43,5%), és que **els seus ingressos són insuficients en relació a les despeses** que té.

TIPOLOGIA O PERFIL SOCIODEMOGRÀFIQUES DE LA PERSONA QUE CUIDA

- **Vuit de cada deu** persones que exerceixen com a cuidadores principals a les llars familiars analitzades **pertanyen al gènere adscrit com a femení.**

- **L'edat mitjana** de la persona que cuida es concentra entre els **61 i 65 anys**. Hi ha més dones que homes que en edats molt avançades estan exercint la tasca de cures.
- **La majoria de les persones de gènere masculí es troben en edat de jubilació**, fet que no succeeix amb el femení, que es troba en la seva majoria, en edat activa.
- **El grau de filiació o de parentiu** de la persona cuidadora en la meitat de les llars familiars era del **primer grau de descendència**, això és filla o fill. **Són majoritàriament les filles, netes, joves, cunyades qui exerceixen el treball de cures, en front els fills** (no hi ha cap gendre o cunyat o altres). En segon lloc, la persona cuidadora acostuma a ser l'esposa o l'espòs. També són les esposes les que figuren en major nombre com a persones cuidadores en front els esposos.
- Vuit de cada deu persones cuidadores són **nascudes a Catalunya**, en la seva gran majoria (95%) són lleidatanes.
- Més de la meitat (56%) han assolit estudis d'Educació Primària. Un 12,1% ha assolit Educació Secundària no obligatòria (equivalent a batxillerat i FP). **El 31,9% tenen estudis universitaris de grau, màster o doctorat. Els nivells formatius superiors corresponen en més mesura a dones que a homes.**
- El nivell d'estudis guarda relació amb el nombre de persones cuidadores entrevistades que treballen, a més a més de les cures, remuneradament fora de casa, és a dir, **les persones que tenen un nivell inferior d'estudis, es dediquen en més mesura, plenament al treball de cures familiar no remunerat.**
- **Un 82,4% de les persones cuidadores afirmen no estar treballant remuneradament** ni de forma contractada fora de casa. Un 17,4% treballa de forma remunerada sota contracte, i d'aquestes un 13% treballen sota el règim d'autònoms. Segons gènere, el masculí, en la seva majoria exercia treball remunerat fora de casa a més de cuidar, tot i que en general hi ha més representació masculina jubilada, fet contrari al que succeeix amb les dones.

- Sis de cada deu persones cuidadores també duen a terme el treball domèstic de la seva pròpia llar familiar i el 64% duu a terme el treball de cures de la persona gran sense cap mena de remuneració o prestació.
- Set de cada deu persones cuidadores ha tingut fills, amb un **nombre mitjà de 2,25**, amb un predomini de dos fills o filles (52,2%) i un sol/la fill/a (22,4%). Quatre de cada deu tenia nets o netes i la meitat també en tenia cura.
- Quasi la meitat (48%) de les persones cuidadores entrevistades afirma que hi ha una *molt alta cooperació* entre la resta de membres de la família en relació a la cura, o una *alta cooperació* (17%). Un 10% creu que hi ha *un grau mig* de col·laboració, **i un 15% expressa diferents graus de conflictivitat en relació al clima familiar i les cures.**
- El 43% de les responsables de la cura entrevistades afirma que ha estat necessari “reorganitzar” les seves vides per a poder tenir cura de la persona gran.
- Els **motius prioritaris pels quals cuiden** als seus familiars grans són: com a primera prioritat: la filiació o parentiu, vincles emocionals, reciprocitat, obligació moral i necessitat. En segon lloc: per deure moral o obligació, per vincle emocional i per filiació, també per a evitar dur-lo a una residència. En tercer lloc, sorgeixen qüestions econòmiques i obligacions relacionades amb els deures de la família pairal.
- La figura de la persona cuidadora duu a terme majoritàriament **tasques domèstiques de la casa de la persona gran, la compra diària, preparació de menjars, higiene i cura personals, acompanyar-la al metge, control de la medicació, gestions i tasques administratives i acompanyament a casa.**
- Sis de cada deu llars manifesten que la cura els exigeix un **estat de permanència i atenció de vint-i-quatre hores al dia.**
- El grau de satisfacció de les persones grans cuidades a casa, segons la percepció de les persones que cuiden és molt positiu. Nou de cada deu llars afirmen estar “excel·lentment satisfetes”, “satisfetes” o “notablement satisfetes”. El grau de satisfacció de la realització de tasques de cura és lleugerament més

gran en el cas dels homes que en el cas de les dones, no obstant, una gran majoria se senten “excel·lentment satisfetes” i “satisfetes”.

- Pel que fa als ingressos de les llars familiars de la persona cuidadora, gairebé la meitat de les famílies (47%) disposa d'ingressos mensuals de 1.500 a 3.000 €: El 26,2% de les llars ingressen entre 1.500-2000€, i un 21,4% de 2.000-3.000€. Tot i així, una de cada quatre llars disposa d'uns ingressos mensuals inferiors a 1.200€. Per sexes, són dones les que afirmen tenir ingressos més baixos.
- **Només un 7,3% de les llars familiars entrevistades afirmen haver rebut prestació econòmica pel fet de cuidar** i en alguns casos l'havien rebut però no en el moment en que es van dur a terme les entrevistes. El tipus d'ajudes que reben es troben entre 120-200€ per a la persona cuidadora, i abans de 2012 algunes persones cuidadores havien cotitzat.
- Aproximadament **la meitat de les persones cuidadores entrevistades expressa tenir problemes de salut** (independentment de que creguin que la cura hi repercuteixi). Pateixen afeccions articulars, problemes relacionats amb l'aparell circulatori i afeccions psicològiques i psiquiàtriques relacionades amb l'estat d'ànim, la fatiga i esgotament.
- **El 48,3% de les persones cuidadores afirma que el fet de cuidar ha repercutit en el seu estat de salut.** Els afecta a l'estat d'ànim i equilibri emocional, a nivell articular, i afeccions circulatories.
- **El 40,2% de les persones cuidadores pren algun tipus de medicació.**
- El 64% de les persones cuidadores observa que la cura de les persones grans exigeix “molts canvis i transformacions en la vida” com **l'haver de deixar la feina o treball remunerat (30%), reduir la jornada (10%), canviar de feina (4,4%) o jubilar-se anticipadament.** Les persones cuidadores han hagut de renunciar a més, a temps, a una vida personal, aficions, i fins i tot en alguns casos a viure al lloc habitual (11,4%).
- La percepció del **futur en relació a les cures** és vist amb **molt pessimisme per vuit de cada deu llars familiars.**

Els resultats d'aquesta tipologia basada en els trets sociodemogràfics de les persones que habiten les llars rurals lleidatanes remetent a les característiques que s'assenyalen a continuació:

8.2.2.1 Pèrdua de pes demogràfic dels municipis rurals: a Lleida, vuit de cada deu municipis són eminentment rurals.

El territori de Lleida, format per la plana de Lleida i l'Alt Pirineu i Aran es considera eminentment rural, exceptuant la ciutat de Lleida. Segons l'IDESCAT (2021) dels 231 municipis lleidatans, 193 tenen menys de 2.000 habitants, o el que és el mateix, a la província de Lleida vuit de cada deu pobles (83%) serien eminentment rurals. Segons Domingo i Ganau (2021) a Espanya, els *micropobles* (pobles de fins a 500 habitants) suposen la meitat del total, a Catalunya una tercera part, però a la província de Lleida superen més de la meitat del total de pobles.

Quadre 8.1 Distribució dels municipis i dels seus habitants segons la mida

Mida	Espanya		Catalunya		Lleida	
	% municipis	% hab.	% municipis	% hab.	% municipis	% hab.
-500 hab.	49,2	1,5	35,4	1,1	53,2	6,6
De 500 a 999	12,3	1,5	15,8	1,4	19,0	7,6
De 1.000 a 1.999	10,7	2,6	11,3	1,9	11,3	8,3
De 2.000 a 4.999	11,7	6,4	15,1	5,7	9,5	13,8
De 5.000 a 9.999	6,7	8,1	9,3	8,1	4,8	17,5
+ de 10.000	9,3	79,9	13,0	81,8	2,2	46,1
Total (nre. abs.)	8.131	47.450.795	948	7.780.479	231	438.517

Font: Domingo i Ganau (2021) a partir de dades de l'INE, de l'1 de gener de 2020

Com s'ha descrit en el capítol anterior referent als resultats, el 27% de les entrevistes a les llars familiars han estat realitzades a micropobles. El 17,4 % a pobles entre 500 i 2000 habitants. De la resta, el 34,8% en pobles entremitjos de 2.000 a 10.000 habitants, el 18,4% de més de 10.000 habitants. Segons la consideració estadística de ciutat, que s'aplica a Espanya a partir de 10.000 habitants, a Lleida, els municipis rurals arribaria al 97,8% del total, amb només 5 que els superen (Mollerussa, Tàrrrega, Balaguer, La Seu d'Urgell i Lleida) i 3 que s'hi acosten (Alcarràs, Cervera i Solsona).(Domingo i Ganau, 2021).

Taula 8.2 Lloc de residència de la persona gran receptora de cures

<i>Micropobles 0-500 habitants (25 entrevistes)</i>	<i>Pobles de 501 a 2.000 habitants (16 entrevistes)</i>	<i>2.001 a 10.000 habitants (32 entrevistes)</i>	<i>+ 10.000 habitants (17 entrevistes)</i>
<i>Algerri (Noguera) 6</i>	<i>Àger (Noguera) 5</i>	<i>Bellvís (Pla d'Urgell) 5</i>	<i>Balaguer 8</i>
<i>Boldís Jussà (Pallars Sobirà) 1</i>	<i>Gausac (Aran) 1</i>	<i>Linyola (Pla d'Urgell)</i>	<i>Mollerussa 3</i>
<i>Casau (Val d'Aran) 1</i>	<i>Albesa (Noguera) 1</i>	<i>15</i>	<i>Lleida 6</i>
<i>Conques (Isona i Conca del·là, Pallars Jussà) 2</i>	<i>Bellcaire d'Urgell (Noguera) 1</i>	<i>Vielha (Aran) 1</i>	
<i>Corçà (Noguera) 1</i>	<i>Bossòst (Aran) 1</i>	<i>Tremp (Pallars Jussà)</i>	
<i>Lladurs (Pallars Sobirà) 1</i>	<i>Sant Llorenç de Morunys (Solsonès)</i>	<i>1</i>	<i>Solsona (Solsonès) 8</i>
<i>Llessui (Pallars Sobirà) 1</i>	<i>1</i>	<i>Sort (Pallars Sobirà) 2</i>	
<i>Montnou Odèn (Solsonès) 1</i>	<i>Vallfogona de Balaguer (Noguera) 1</i>		
<i>Pobellà (Pallars Jussà) 1</i>	<i>Térmens (Noguera) 4</i>		
<i>Ribera de Cardós (Pallars Sobirà) 1</i>	<i>Esterrí d'Àneu (Pallars Sobirà) 1</i>		
<i>Sant Martí de Canals (Pallars Jussà) 1</i>			
<i>Saurí (Pallars Sobirà) 1</i>			
<i>Tartareu (Noguera) 3</i>			
<i>Vilanova de la Sal (Noguera) 3</i>			
<i>Escunhau (Aran) 1</i>			

Font: Elaboració pròpia

La dimensió dels municipis és un factor transcendental tant per la cobertura de serveis com per a la seva supervivència i la capacitat de reproducció (Gil-Alonso, Bayona i Carrasco, 2020). Aquests geògrafs han estudiat de forma comparativa les dinàmiques de població catalana dels petits municipis a partir del boom migratori i com ha afectat la crisi i la seva recuperació segons la grandària dels municipis. En les seves conclusions afirmen que l'impacte de la migració internacional no és una solució per a la despoblació.

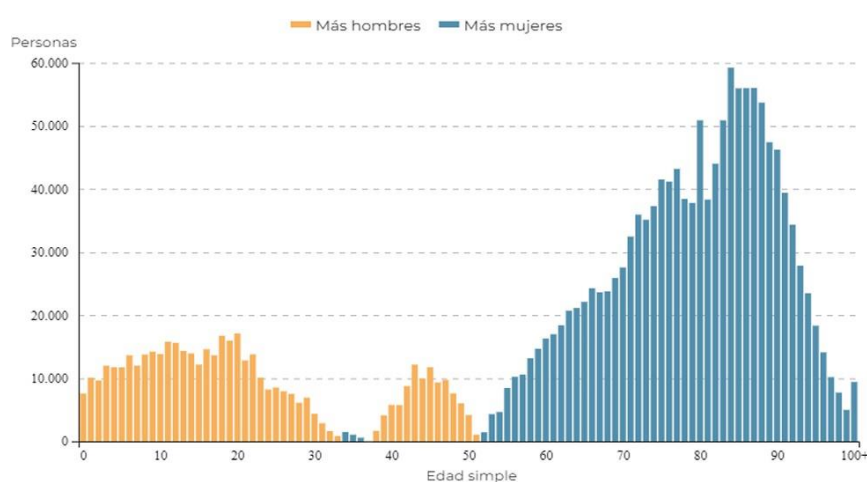
Entre els anys 2003 i 2020, a Catalunya, la població va créixer un 16%, però la dels pobles petits va disminuir en una proporció semblant. En el mateix període, hi ha setze municipis menys en el còmput d'aquesta categoria. En el cas de la província de Lleida, hi ha una disminució de 1.634 habitants en aquest grup de municipis. (Domingo i Ganau, 2021)

Amb una densitat mitjana de població de 36 habitants per km² i amb una població de 441.443 habitants el 2023 (IDESCAT), Lleida presenta una pèrdua de pes demogràfic continuada d'indicadors com són la població resident i el nombre de persones dedicades a l'agricultura (Atles Món Rural, 2022).

8.2.2.2 Feminització de la vellesa

Els resultats de l'anàlisi de la mostra de llars familiars coincideixen amb les dades de l'Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y situaciones de Dependencia (EDAD 2020) publicada l'any 2022, on la discapacitat o limitació afecta en major mesura a les dones (109,2) que als homes (80,1), i també que afecta majoritàriament a persones grans amb edats superiors als 55 anys. Tres de cada cinc d'aquestes persones eren dones. Això pot ser degut tant a característiques relacionades amb la morbiditat per sexe, com a una esperança de vida més alta per part de les dones. Com apunta Pérez Díaz (CSIC, 2022) "les dones són majoritàries a la vellesa, superant en un 30,9% als homes (5.277.783 i 4.033.045) el 2021".

Gràfic 8.1 Diferència de població entre homes i dones per edat individual. Espanya 2021



Font: CSIC a partir de la base de dades de l'INE

8.2.2.3 Disminució de la mida de les llars

Cal assenyalar, en consonància a les transformacions actuals de la mida i composició de les llars catalanes, segons l'IDESCAT, el 2020, **el tipus de llar majoritari al territori lleidatà fou el format per dues persones (31,2%)**, seguit per les llars on hi viu una sola persona o unipersonals (27,7%). En tercer lloc, una cinquena part de lleidatans i

lleidatanes viuen en llars amb tres persones (20,3%), en llars amb quatre persones només hi viuen (15%). L'actual recerca constata també la mida petita actual de les llars familiars, en aquest cas, on viuen les persones grans en situació de dependència. Tot i no ser representativa la mostra a nivell estadístic, la mostra de llars entrevistades indica que aquestes llars estan formades majoritàriament en un 41,2% per dues persones, en un 27,2% per tres, i en tercer lloc, en llars unipersonals (10,9%) i formades per quatre membres (10,9%)¹²⁵.

El territori lleidatà, seguint les dinàmiques sociodemogràfiques europees, presència *canvis fonamentals en l'estructura i el nombre de persones que ocupen les llars*. Les llars es diversifiquen, augmenten en nombre i se'n redueix la mida. La mida mitjana de les llars actualment a Espanya és de 2,48 persones i es preveu que el 2037 sigui de 2,36.

- 1) *Augmenten les llars unipersonals* o llars no familiars on hi viu una sola persona, aquestes suposen el 11,38% de les llars lleidatanes (IDESCAT, 2020). Des del punt de vista de la població general, -més d'una de cada quatre persones lleidatanes viu sol/a (27,74%). De les llars unipersonals, un 35% estan formades per persones de més de 65 anys (IDESCAT, 2020). Tenint en compte les franges d'edat i el sexe, de 65 a 74 anys hi havia el 2020, 3.700 llars unipersonals ocupades per homes i 3.300 per dones. No obstant, a partir de 75 anys, són 2.700 les llars ocupades per homes i 7.400 les llars ocupades per dones (IDESCAT, 2020). Segons les projeccions de l'Institut Nacional d'Estadística, les llars unipersonals a Espanya el 2022 suposen una xifra mitjana d'un 26,8%, però es preveu que sigui del 29,8% el 2037.
- 2) Les llars formades per dues persones seran, segons les projeccions de l'INE, les més freqüents l'any 2037. Segons la mostra de llars familiars entrevistada, *la major part de persones grans amb problemes d'autonomia viu en llars formades per dues persones*. Aquest tipus de llar, ara mateix és el predominant a Lleida, i suposa quasi un terç de les llars lleidatanes (IDESCAT, 2020).
- 3) Les llars formades per tres persones observen un cert manteniment a les terres lleidatanes durant els darrers deu anys i, segons l'INE creixerien lleument en les seves projeccions. Les formades per quatre persones, a l'igual que passa a Espanya,

¹²⁵ En el cas de la selecció de la mostra existeix el biaix voluntari, consistent en voler entrevistar tant a la figura receptora de cures com a la figura cuidadora, fet que exclouia les llars unipersonals formades per persones grans que vivien soles, si no hi havia ajuda familiar. Així i tot, recordem que les persones amb problemes en la seva autonomia no poden viure soles, i si ho fan, han de tenir un grau baix de dependència.

disminueixen i segons projeccions de l'INE mantindrien taxes de creixement negatiu entre 2022 i 2037.

Augmenten les llars on viuen persones sense vincle familiar i disminueix el nombre de llars formades per dos o més nuclis familiars -o extenses-. La dinàmica demogràfica lleidatana es caracteritza per una frenada dels naixements, una taxa de mortalitat constant a causa de l'envelliment i l'arribada de persones migrades, les dinàmiques de les quals, no arriben a sostenir la població. El despoblament, la masculinització del món rural i la manca de relleu generacional, acompanyada per modificacions en el paper de les dones, la seva més alta emigració a zones urbanes constitueix un fet, que debilita la capacitat de les famílies a l'hora de sostenir els seus membres. Recordem que tant el franquisme, com els EdB de la segona meitat del segle XX se sostingueren i legitimaren amb el model de família nuclear, model *male-breadwinner i dona proveïdora de cures*.

Yet, as the feminist concept of social reproduction sought to make visible, this investment in the reproduction of labour power did not happen off the back of the welfare state alone. Instead it was routed through the unit of the nuclear family and its household, relying on the unpaid feminised labour that goes on within it, traditionally through the figure of housewife. (Dowling, 2022:41)

Tradicionalment, en els espais rurals, tant dones com homes contribuïren a sostenir les economies familiars, tot i la manca d'asimetria de poder d'ambdós sexes. A partir dels anys setanta del passat segle, el model *dual-earner/dual-carer* ocupa el lloc de les famílies, no obstant, encara som lluny d'assolir el concepte de "dual carer" o cura compartida dins les famílies. Espanya segueix progressivament les tendències demogràfiques en que només un terç de les parelles europees té fills o filles, això significa que la generació Baby-boom (1958-1977) difícilment podrà sostenir-se en base només, familiar.

8.2.2.4 Disminució de la generació de potencialment cuidadora

En resultats obtinguts mostren que *vuit de cada deu llars que gaudeixen d'una persona cuidadora* i aquesta té gènere femení. Aquest fet, juntament amb les dades provinents de l'enquesta (EDAD 2020), on el perfil de persona familiar que té cura de les persones amb discapacitat o dependència és de gènere femení en el 63,7% dels casos, mostra com la nostra societat segueix atorgant a aquest gènere el paper de les cures, amb molta desproporció.

En relació a l'edat mitjana de qui cuida, els resultats obtinguts mostren que d'una forma majoritària la persona que cuida es concentra en franges entre els 60-65 anys, encara que hi ha un ampli ventall d'edats, i en el cas de les persones cuidadores de gènere femení, poden ser molt avançades. L'enquesta EDAD 2020, en els seus resultats mostra com les cuidadores es troben majoritàriament en la franja d'entre 45 i 64 anys. Segons aquesta enquesta, en el cas de la cura a persones d'edats fins a 79 anys, la figura cuidadora acostuma a ser el o la cònjuge, i és a partir dels 80 anys que la cura passa a ser objecte dels fills i filles de forma predominant, essent les filles (41,1%) i els fills (18%) dels casos qui cuiden.

Camarero (2009) fa referència a la *generació suport*, (que sembla coincidir amb la del Baby boom) que estaria formada per generacions o cohorts en edat activa que tenen el paper de sostenir les càrregues familiars. En el cas de les dones que viuen en espais rurals, l'autor mostra com aquestes es vinculen amb més rigor que els homes a les formes de convivència familiar més pròpies del cicle vital. "Les dones de la generació suport rural tot just redueixen la seva participació en les famílies nuclears en front les urbanes, reducció que compensen mitjançant la inclusió a famílies extenses", i ho compara amb els homes, que tot i que augmentin la seva participació en les famílies extenses rurals, fan una caiguda important en les formes de família nuclear "fins a uns nivells estranys en una generació que li correspon aplicar-se a la formació i consolidació de noves llars". Per tant, segons aquest sociòleg, en la vinculació de les dones a les àrees rurals, pesen més les formes familiars que en el cas els homes, els quals poden romandre a les zones rurals sense tenir una vinculació o implicació en la formació de nous nuclis familiars (Camarero, 2009:63). Camarero estudia la diversitat familiar en el món rural i els elements diferencials entre l'àmbit urbà i el rural en la composició de les famílies, i assenyala com influeix la masculinització rural en relació al fet que aquesta pugui dur-se a terme al marge de les estructures de reproducció, com a tret distintiu del món rural.

La característica más sobresaliente de las formas de convivencia rurales de la generación soporte es, precisamente, el elevado porcentaje de individuos que viven al margen de las estructuras de reproducción, bien a través de la prolongación del vínculo residencial con los progenitores, bien a través de la constitución de hogares de solitarios.(Camarero, 2009:67)

Per altra banda, aquest sociòleg mostra com el món rural constitueix un espai avui interdependent i lligat als corrents generals de l'era postindustrial, tot i les estructures dependents i lligades al doble procés d'envelliment i masculinització rurals. Camarero

assenyala el fet que dones i homes tenen percentatges diferents de permanència en el lloc d'origen. Els homes es mantenen vinculats a la llar d'origen tot i que ingressin a activitats laborals, i això no sembla que es relacioni amb l'emancipació residencial. Aquesta emancipació, en el cas de les dones es produeix més aviat, fet que mostra, segons l'autor, que les àrees rurals, desagrariades i diversificades, masculinitzades i envellides esdevinguin un camp particular per a l'adopció d'estratègies d'emancipació diferencials per sexe. L'autor afegeix dues circumstàncies que contribueixen a aquest fet: 1) els mercats de treball es troben segmentats i són extralocals per a les dones, de manera que les allunya del lloc d'origen en la seva emancipació econòmica. 2) la situació demogràfica de partida indica una descompensació numèrica entre homes i dones, fet que afecta a la reproducció. En el cas de les llars rurals espanyoles, el procés d'emancipació preponderant és l'econòmic, basat en mercats laborals i relacions salarials, i els homes estan més vinculats a la àrees rurals perquè aquestes constitueixen el seu camp de producció, mentre que les dones emigren per a assegurar la seva independència econòmica. Així doncs, en el cas de les dones, la principal estratègia d'emancipació de les quals ha estat l'emigració, hi ha una generació suport l'estratègia de la qual es basa en la creació de llars o en l'emancipació residencial a costa de reduir la seva participació en els mercats de treball extralocals.(2009:73)

Les persones grans receptores de cures expressen, segons dades resultants de les entrevistes a les llars familiars, de forma molt majoritària (81,5% dels casos) que el desig o la millor opció per a la seva cura seria "seguir igual com fins ara" o el desig d'envellir i ésser cuidades a la pròpia llar, fenomen referit com *envellir a casa* o "aging in place"¹²⁶ entès com "the ability to live in one's own home and community safely, independently, and comfortably, regardless of age, income or ability level" (US Centers and Disease Control and Prevention,2023).

Aquesta situació, referida per d'Elizalde-San Miguel, mostra que "quan sobrevé una situació de dependència en un grau més o menys intens, la gent gran diu que els que consideren ideals són els familiars directes". I, afegeix que "aquestes preferències per part dels grans es compleixen ja que les famílies continuen assumint que fer-se càrrec de la gent gran és una responsabilitat familiar". Així i tot, tal i com apunta l'autora (2020:36), la ràtio de persones cuidadores assenyala un descens, en el cas de la realitat rural de Navarra:

La ràtio de Cuidadors i Cuidadores Potencials (RCP) ens permet mesurar la relació existent entre la generació potencialment cuidadora (nombre de persones entre 45 i 69

¹²⁶ <https://www.ruralhealthinfo.org/toolkits/aging/1/overview> (Data consulta 5 març 2023)

anys) i les persones que a priori es troben en una etapa en què poden necessitar atenció (persones més grans de 70 anys). Les dades són prou reveladores: als municipis que no arriben als 5.000 habitants amb prou feines hi ha dues persones que potencialment podrien tenir cura de cada persona dependent. És una ràtio molt baixa que, en primer lloc, indica una ruptura en un equilibri demogràfic entre generacions i fa impossible assegurar l'atenció mitjançant mecanismes informals. D'una altra banda, i des del punt de vista del gènere, la presència de dones potencialment cuidadores és tan baixa a les zones rurals que es fa necessària la incorporació de nous actors. Tot just hi ha una dona potencialment cuidadora per cada persona més gran de 70 anys, una disponibilitat clarament insuficient. L'any 1950 a Espanya hi havia 2,5 dones per cada persona gran. (Elizalde-SanMiguel, 2020)

Estudis com el de *Nous índexs de relleu generacional*, elaborat per Aldomà i Mòdol (2021) mostren que el risc més gran de *pèrdua d'habitants o despoblament* es localitza avui a les comarques del Pirineu i pre-pirineu, a l'Alt Urgell, els Pallars, el Solsonès, la Noguera i al Bergadà. També a la franja de l'Ebre, a les Garrigues, la Conca de Barberà i el Priorat. L'informe mostra com el desenvolupament local dependria de dues variables: "la tensió entre l'envelliment de la població i la dinàmica de l'activitat econòmica". Aquest envelliment s'associa a la manca de reemplaçament generacional que, segons els autors, amenaça la continuïtat econòmica existent, i s'hi afegeix "una manca d'oportunitats laborals variades o abundants que contribueix a l'emigració jove, fet que accentua l'envelliment i l'activitat econòmica." (Aldomà i Mòdol 2021:5).

En aquest sentit, un dels reptes claus en el món rural lleidatà suposa, a nivell polític, promoure polítiques de gènere acompanyades d'accions positives que retinguin les dones actuals, amb més capacitació i formació, de manera que trobin un anclatge econòmic en aquests espais. Com afirma Baylina (2022):

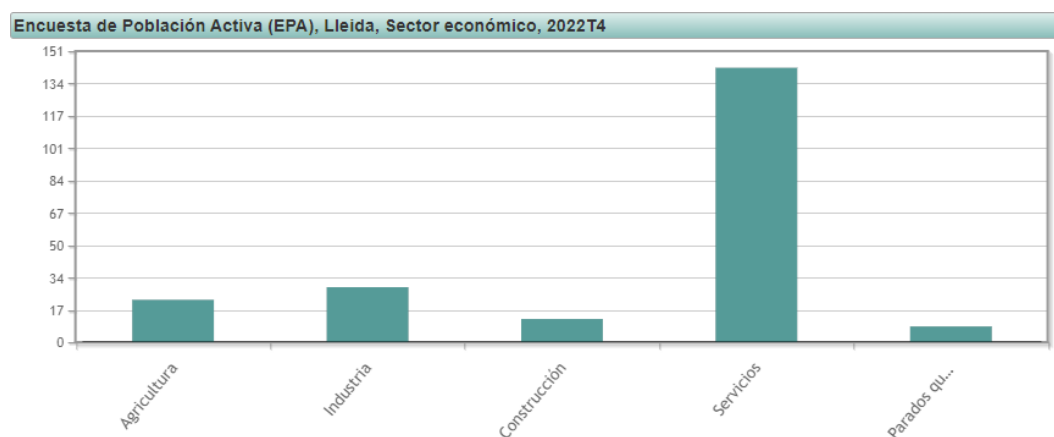
Hi ha autores que consideren que les dones, per les seves capacitats econòmiques, estan més capacitades per a afrontar problemes complexos, quelcom que emana del seu rol en la producció i reproducció. Jane Midgley (2006) assenyala que la centralitat de l'economia de la vida de les dones explica la implicació d'aquestes en el desenvolupament de les comunitats rurals. I en un sentit semblant, Pallarès-Barberà i Casellas (2019) destaquen la importància de les dones en les associacions voluntàries a fi de trencar la connexió entre el poder simbòlic masculí i la invisibilitat del treball de les dones (...) L'experiència de les dones situades en posicions de poder en el món rural evidencia una major atenció a la sostenibilitat humana i natural i a l'autosuficiència econòmica." (Baylina, 2022:117)

8.2.2.5 El grau d'urbanització com a condicionant del poder adquisitiu de les zones rurals

"El món rural ha canviat i canvia, i no n'hi ha només un, sinó molts, i en cadascun d'ells, la diversitat és la norma" (Cerarols i Nogué, 2022:5). Des d'un nivell *macro d'anàlisi*, la

recerca evidència la diversitat i pluralitat de realitats que viuen les llars familiars que habiten els espais rurals lleidatans ben entrats a la tercera dècada de s.XXI. Les conseqüències de la globalització i de les polítiques agràries europees de l'actual fase de capitalisme condicionen l'esfera productiva, incidint com a conseqüència en la reproductiva. Els sectors econòmics tradicionals, com l'agrari i ramader, s'han vist obligats a una reestructuració que, amb la fi d'augmentar la productivitat, a través d'una capitalització dels llocs de treball i un augment de la tecnologia, està provocant una important reducció del nombre d'explotacions agrícoles (n'hi ha moltes menys i més grans), amb la consegüent desagrariació, terciarització i diversificació econòmica. Al conjunt català la població activa agrària ha passat del 8,3% del total de la població activa als anys setanta del segle passat (Pujadas,1980; Blay,2020) a l'1,7% (Atlas Món Rural, 2022). Segons l'IDESCAT, el nombre d'explotacions agràries lleidatanes suposava el 36% del total d'explotacions catalanes. Segons dades de la EPA (3er trimestre, 2022) a la província de Lleida la població ocupada en l'agricultura és del 10,3%. El sector agrari avui ocupa el tercer lloc en nombre de persones ocupades, en favor del sector serveis i la indústria (principalment agroalimentària). (veure gràfic 8.3)

Gràfic 8.2 Pes dels sectors econòmics a Lleida



Font: EPA (INE,2023)

Com s'ha esmentat a l'inici del capítol, les propietats agràries sobretot han sofert una "desfamiliarització" o disgregació dels membres familiars que no en són propietaris, com el cas de moltes dones, que en no ser titulars de les propietats, fa anys que han emprès una "fugida il·lustrada" per a formar-se i deixar el món rural, amb la consegüent masculinització rural. La funció essencial dels rols femenins en el món rural, sostenidora de vida i de cura de grans i petits, profundament naturalitzada i amb una invisibilització molt acusada dins la família pairal tradicional, sofreix manca de relleu generacional.

L'eixamplament dels drets de les dones i l'augment de la seva formació esdevé avui una resistència a un fenomen, que abans no s'esmentava per la seva obvietat patriarcal, com és i ha estat el valor transcendental, social i econòmic del treball silenciats de les dones dins unes relacions familiars asimètriques. Actualment, les cures són objecte d'estudi i d'atenció, perquè es visibilitza una profunda crisi de cures, altrament no seria així.

En aquests pobles, mare i cuidadora, però si s'havia d'anar al camp, la dona anava al darrere, si s'havien de cuidar conills, la feina era de l'home però la dona hi estava sempre. La dona treballava a casa però si s'havia d'anar al camp també hi anava, i això és una realitat. No estava reconegut, no tenien contracte, no és el mateix treballar fora de casa ara que abans. Aleshores també ho feien, sense cap reconeixement, només com a suport i moltes de les dones que ara estan jubilades i no han pogut cobrar una pensió de jubilació és per això. (Consell Comarcal Alta Ribagorça)

Pel que fa al sector indústria, segon sector econòmic en pes a Lleida, el sector del tèxtil arriba a zones rurals arran la crisi dels 70 a partir d'una reorganització productiva mitjançant una desconcentració industrial i amb l'objectiu d'abaratir costos. Així no obstant, a la dècada dels noranta del segle passat desaparegué la tèxtil amb els processos deslocalització. S'ha mantingut i ha crescut l'agroalimentària tot i modificant els seus modes de producció cap a empreses més grans, juntament a la proliferació d'artesania alimentària pel turisme o amb mercats específics (Blay, 2020:122). Si a la dècada dels setanta i vuitanta del passat segle, el turisme se centrava en l'esquí de la Vall d'Aran, durant la dècada dels noranta aquest sector inicia un creixement progressiu que terciaritzava l'economia, degut a un augment de la demanda urbana, a una política europea de diversificació rural i a la necessitat de diversificació de les rendes de les unitats agràries (Blay, 2020:120).

L'Aran tot i ser un territori de muntanya, aïllat, amb una meteorologia uns quants mesos a l'any que pot arribar a ser adversa, el fet que tingui l'activitat turística com a motor, el fet que passi tanta gent, no seria extrapolable, és diferent del Pallars, de la Cerdanya. (Dep Benèster e Salut, Comarca de l'Aran)

Segons dades d'aquesta tesi relatives a les llars familiars pertanyents a dues generacions diferents, es copsa com les famílies lleidatanes procedents de comarques rurals han presenciat una *diversificació de fonts d'ingressos*, alhora que han canviat substancialment els sectors laborals que ocupen, cap a una *clara terciarització*. Tot i no ésser representatives estadísticament aquestes dades, sí que permeten perfilar i elaborar una descripció. Així es mostra en comparar els sectors dins les ocupacions principals on treballaven les persones grans receptores de cures respecte a les generacions que actualment en tenen cura: *Les persones receptores de cures* durant la

seva vida laboral treballaren, en primer lloc, en un (32%), en activitats econòmiques dins el sector primari, l'agricultura i ramaderia, cotitzant en la seva majoria en el règim d'autònoms i en molts casos compatibilitzant la feina de pagès amb altres. En segon lloc, (27%) han treballat en el *sector terciari o serveis* com a botiguers o botigueres o comerciants, hotelers i hoteleres, confecció i també majoritàriament cotitzant en el règim d'autònoms. Dins d'aquest sector serveis, però, hi ha alguns casos com el treball domèstic i la neteja sense cotització. En tercer lloc, un 20% han treballat fent de mestresses de casa, combinant aquesta seva feina amb la pagesia, la confecció i el treball domèstic a càrrec d'altri. Finalment, un 14% treballava en *indústries manufactureres*, alimentàries, en la construcció, en el transport i en activitats professionals com a tècnics electricistes i mecànics. Si es desglossa per sexe, en el cas de les dones, una gran part han treballat com a mestresses de casa, en el servei domèstic, en el sector de la confecció, han estat pageses, ramaderes, o botigueres. Moltes d'elles mai van cotitzar. En el cas dels homes, el perfil és d'una persona que ha treballat com a pagès, pastor o ramader, i en règim d'autònoms, i en segon lloc, han treballat com a comerciants majoritàriament autònoms, i com a professionals tècnics o com a transportistes.

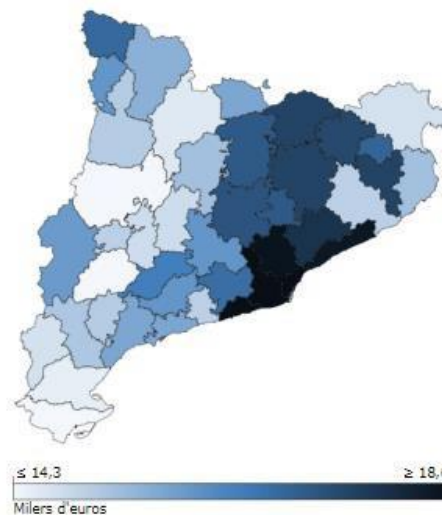
En el cas de la *generació de persones que actualment duen a terme treball de cura dels seus familiars*, les dades apunten a un predomini del sector secundari o indústries extractives i manufactureres que aplega el 39% de l'activitat laboral de la persona que cuida on predomina *el sector tèxtil* (sector molt feminitzat que durant la dècada dels setanta i vuitanta donà feina a moltes dones de la Plana (aquest sector destaca a les comarques del Pla d'Urgell i la Noguera). En segon lloc, hi figura el sector terciari (34%): activitats educatives, administratives, hotelaria, administració pública, i altres com perruqueria i tasques de cura. Un 11% ha dut a terme tasques de cura i domèstiques sense cotitzar. El sector primari ha ocupat com a feina principal durant la vida el (9,7%), com a pageses i ramaderes. No obstant, la pagesia ocupa també un lloc com a activitat laboral secundària en un 9,7% dels casos, a l'igual que el treball en confecció, que ocupà a un 7,6% de les dones entrevistades, sovint, sense cotització.

Existeix una bretxa en els nivells d'ingressos i el grau d'urbanització dels territoris que com assenyala Hernández-Trejo (2021) s'ha agreujat durant el període 2003-2019 en determinats països europeus, entre ells, Espanya. Segons, IDESCAT (2019), a Catalunya existeixen diferències entre la renda familiar disponible bruta de les comarques en àmbits rurals en front les situades a l'àrea metropolitana. Si la renda

familiar disponible mitjana de Catalunya fou de 18,217 € per habitant, les rendes mitjanes familiars de les comarques lleidatanes se situaven totes per sota d'aquesta mitjana amb les xifres següents: Aran (16,900€); Alta Ribagorça (16.100€); Segrià (16.000€); Pallars Sobirà (15.600€); Solsonès (15.300€) Pallars Jussà (15.100€); Pla d'Urgell (15.000€); L'Urgell i Segarra (14.800€); Alt Urgell (14.600€) i Garrigues i Noguera (14.300€). Aquesta renda depèn dels ingressos de les famílies directament vinculats a la retribució per la seva aportació a l'activitat productiva (remuneració d'assalariats i excedent brut d'explotació), però també està influïda per l'activitat de l'Administració pública mitjançant els impostos i les prestacions socials (IDESCAT, 2022).

Figura 8.2 Renda familiar disponible bruta. Catalunya (2019)

Renda familiar disponible bruta (RFDB). Revisió estadística 2019. RFDB per habitant. Milers d'euros. Comarques i Aran. 2019



Les remuneracions per assalariats representaren al 2019 el 58,8% dels recursos de les famílies catalanes i les rendes empresarials i professionals, el 21,4. Els ingressos provinents de prestacions, el 19,8. La següent taula (8.2) mostra que només en el cas del Pla d'Urgell, la Segarra i el Segrià les remuneracions per assalariats se situen per sobre de la mitjana catalana, mentre que l'excedent brut d'explotació, resultant de les rendes obtingudes un cop descomptat el treball se situen per sobre de la mitjana catalana en tots els casos, excepte al Segrià, Pla d'Urgell, Segarra i Urgell. En relació a les prestacions socials, només les comarques de l'Aran, l'Alta Ribagorça, Pallars Sobirà, Pla d'Urgell i Segarra es troben per sota de la mitjana catalana.

Taula 8.3 *Components de la rendes familiars brutes comarques lleidatanes*

Comarques lleidatanes	Remuneració per assalariats	Excedent brut d'exploració	Prestacions socials
Alt Urgell	50,5	26,5	23,1
Alta Ribagorça	50,4	30,9	18,8
Aran	57,1	28,2	14,7
Garrigues	50,5	24,9	24,6
Noguera	54,1	23,9	22
Pallars Jussà	49,3	24,5	26,2
Pallars Sobirà	49,9	31,6	18,4
Pla d'Urgell	60	20,6	19,4
Segarra	60,5	21	18,5
Solsonès	53	25	22
Segrià	60,7	19,2	20,1
Urgell	57,3	21,2	21,4
CATALUNYA	58,8	21,4	19,8

Font: IDESCAT, 2022

Segons l'IDESCAT (2017) la *renda per persona* a les comarques de l'Alt Pirineu i Aran es troba molt per sota de la mitjana catalana, 9.754,7€ i la de les comarques de Ponent, era de 10.290,5€ enfront 13.353,4€. Si hom se centra en la *renda de les persones grans*, segons l'INE(2021), la renda mitjana espanyola era de 14.928€ pels homes i de 14.031€ en el cas de les dones. Si es compara aquesta xifra mitjana amb la renda mitjana de les persones grans receptores de cures entrevistades residents en entorns rurals, aquesta és un 23% inferior (segons les dades aportades en aquesta tesi seria aproximadament i com a mitjana d'uns 11.200€ anuals). Amb aquesta informació de caràcter tant general, es podria fer una estimació del costos de la cura, que actualment corren a compte de les famílies, on es pot copsar que les pròpies rendes de les persones grans no són suficients per a cobrir les seves necessitats, d'acord amb un valor estimatiu econòmic. En aquest sentit es presenten tres escenaris:

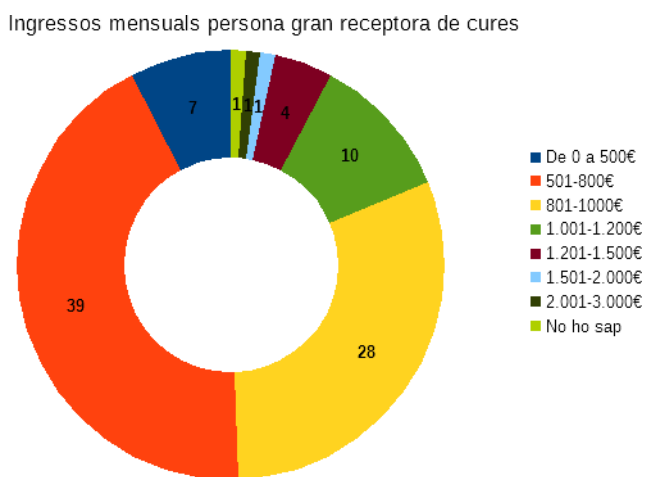
- 1) El cost actual de l'Estat en relació a les famílies d'acord amb la Llei de la Dependència adaptat a les dades aportades per aquesta tesi. L'Estat, en el cas de les persones grans que reben prestacions per grau de dependència, aporta una mitjana de 291€ per persona. A part, actualment l'Estat es fa càrrec de les cotitzacions de les persones cuidadores familiars quan aquestes tenen cura del seu familiar a la llar (segons el conveni Especial per a cuidadores no professionals). L'Estat, alhora, deixa d'ingressar la cotització de la persona cuidadora, en el cas que aquesta realitzés una tasca remunerada fora de la llar.
- 2) Si l'Estat es fes càrrec dels costos de la cura, d'acord amb el salari mínim interprofessional (2023), equivalent a 1,080€ x 14 pagaments o 15.120€ anuals bruts. A aquests costos s'hi haurien d'afegir les despeses externes a la tasca de la persona cuidadora com són (materials diversos, cost medicaments, fisioterapeutes i altres) que segons les llars entrevistades pugen a uns 491€ mensuals o 5.892€ anuals. En total

doncs, el cost brut mitjà estimat de la cura de les persones en situació de dependència anual seria de 21.012€. **Aquest cost corre actualment en exclusiu a càrrec de les famílies.** A aquesta xifra podria restar-se el que actualment en forma de prestacions segons grau de dependència està aportant l'Estat, és a dir, 291€ per 12 mesos: o 3.492€. El cost final seria de 17.520€ per persona

Així doncs, **l'Estat s'estalvia 17.520€ anuals per persona en situació de dependència mitjançant el desplaçament del cost econòmic de la cura, a càrrec del treball no pagat de les persones cuidadores familiars, majoritàriament dones.** La Confederació Espanyola de malalts d'Alzheimer calcula que els costos directes i indirectes del tractament d'una persona amb aquesta malaltia pugen a uns 32.000€ anuals.

- 3) Finalment, si la persona que cuida pogués treballar a càrrec d'altri remuneradament, l'Estat rebria tant l'IRPF, com les despeses de la Seguretat Social (contingències comunes, prestacions d'atur i formació per part de l'empresa) de cada persona treballadora.

Gràfic 8.3 Dades sobre els ingressos mensuals persones receptoras de cures a les comarques lleidatanes



Font: Elaboració pròpia

Les dades procedents de les entrevistes a les llars familiars mostren que els ingressos mitjans de les persones receptoras de cures, sense tenir en compte altres tipus de patrimoni, això és, renda provinent de la terra i altres propietats, se situa en un 43% entre els 500 i els 800 euros, i en segon lloc, un 30% entre els 800 i 1.000 euros. Només

un 18,3% de les llars sobrepassa els mil euros. El tram més baix d'ingressos el conformen dones.

Si es comparen aquestes dades amb les publicades en el Pla Estratègic de Serveis Socials 2021-24, les rendes provinents de les llars familiars estudiades, procedents de zones eminentment rural, es troben clarament per sota de la mitjana catalana.

Pel que fa a l'ingrés de les pensions contributives, veiem com de mitjana les dones ingressen un 27% menys que els homes. Cal assenyalar que la mediana indica que aquesta bretxa és en realitat més gran, ja que la meitat dels homes pensionistes cobren 1.237 euros o més; mentre que la meitat de les dones pensionistes cobren 798 euros o més: una diferència d'un 35,5%, molt superior a la mitjana. Així mateix, el 25% dels homes que perceben més diners —el 3r quartil—cobren 1.857 euros o més; mentre que aquest mateix grup entre les dones cobra 1.237 euros o més. La diferència més baixa la trobem en el primer quartil; és a dir, en les pensions més baixes: mentre que la pensió del 25% dels homes que perceben una quantia més baixa és de 812 euros mensuals, en el cas de les dones és de 643 euros mensuals.

8.2.2.6 El gènere continua condicionant el paper d'agent de les persones cuidadores

Les dades provinents de les llars familiars mostren com la cura familiar encara ocupa un lloc essencial en relació a la cobertura de les necessitats de les persones grans en situació de dependència en els espais rurals lleidatans. Així i tot, segons Martín-Gómez (2019), independentment de l'hàbitat, la cura familiar recau en el gènere femení. Segons Abellán, Ayala i Pérez Díaz (2018) en un article que porta per títol "Els nous cuidadors" confirma les nostres dades de que continua havent-hi una proporció molt més alta de dones cuidadores que homes, tot i que, segons els autors mencionats això passa fins als 65 anys d'edat, on les tasques de cura recauen en les dones. Els autors afegeixen que "amb l'edat es van escurçant les diferències de gènere amb la responsabilitat de les cures, i a partir de 80 anys, hi ha més homes cuidadors que no pas dones" (Abellán, Ayala i Pérez Díaz, 2018). Aquestes dades provenen de l'anàlisi de l'enquesta EDAD, 2008 i caldria comparar-les amb dades més recents, provinents d'EDAD 2020. Les dades que presenta aquesta tesi no concorden amb les afirmacions anteriors, perquè mostren com en totes les edats i en edats molt avançades segueixen essent les dones les principals agents de cura, fins i tot als 88 anys hi figuren dades de persones que encara estan cuidant.

En aquest sentit, les dades d'Ortiz Amo, Martínez Salvador i Muyor Rodríguez (2022) sobre la nova enquesta EDAD 2020 mostren com pel que fa a la cura de les persones amb discapacitat i/o dependència de més de 7 anys d'edat, dels 45 als 64 anys és el cònjuge o parella qui presta la cura principal (49,8%) seguida de la cura prestada per algun altre familiar (15,3%) que són la filla (10,4%), els progenitors (8,8 la mare i l'1,7% el pare) i el fill (6,6%). Les persones amb edats compreses entre 65 i 79 anys segueixen rebent la cura principal per part de la seva parella o cònjuge (46,7%), de la filla (20,4%), del fill (13,5%) i d'algun altre familiar (8,2%). Des dels 80 anys i més la figura cuidadora principal és la filla (41,1%), i en menor percentatge el fill (17,9%), el cònjuge o parella (14,4%) i un altre familiar (9,8%).

Les dades que es presenten en aquesta tesi corroboren aquesta informació en les persones receptores de cures afirmen que la pròpia família exerceix de principal responsable de la cura, i són les figures del/la cònjuge (35,9%) i la de la filla (34,8%) qui assumeixen la responsabilitat de la cura de la persona gran. Però, aprofundint en aquestes dades, els homes cuidadors apareixen escassament a partir dels cinquanta anys d'edat i desapareixen a l'edat dels setanta-cinc anys, amb alguna excepció. En el

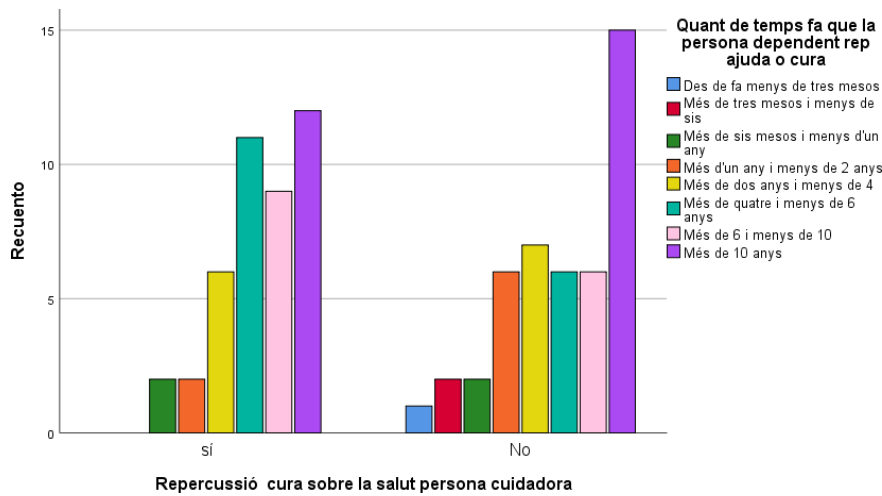
cas de les dones, membres familiars que cuiden, ho fan en totes les edats, des dels vint-i-nou anys, fins els vuitanta-vuit, i tot i que es concentren entre els 61 i 65 anys, segueixen cuidant fins a edats molt avançades.

8.2.2.7 Correlació entre el temps, la intensitat de cura i l'estat i salut de la persona que cuida

En relació a *l'estat de salut de les persones cuidadores* segons l'IMSERSO (2005), el 45% de les persones que exercien treball de cures a la llar estava diagnosticada d'alguna malaltia crònica. Les dades corresponents a EDAD 2020 mostren que sovint la intensitat de les cures o el nombre d'hores dedicades a la cura són molt alts. La intensitat en les cures és proporcional i afecta a l'estat de salut de les persones que cuiden en un 61,7% de qui cuida (homes i dones). Per altra banda, a mesura que passen els anys la salut de la persona que cuida s'afebleix més "un 9,3% de les persones que porten cuidant menys de dos anys observen que la seva salut ha empitjorat en front un 55,3% de persones amb una experiència de més de vuit anys" (Ortíz Amo, Martínez Salvador i Muyor Rodríguez, 2022:42).

Aquest fet és corroborat per les dades que aquí es presenten, on aproximadament la meitat de les persones que cuiden expressa tenir problemes de salut, i el 48,3% afirma que el fet de cuidar ha repercutit en el seu estat de salut. Segons els resultats obtinguts a les llars familiars, existeix correlació entre les persones que afirmen que la cura afecta el seu estat de salut i el nombre d'anys que porten cuidant. Les persones que porten menys de tres mesos o entre tres i sis mesos diuen que no els afecta. Sí ho fa a partir de sis mesos i en endavant. La intensitat de la cura també incideix, i sis de cada deu persones que cuiden afirmen que la cura exigeix un estat de vigilància de vint-i-quatre hores.

Gràfic 8.4 Temps de cura i repercussió a la salut de la persona cuidadora



Font: Elaboració pròpia

Les persones que cuiden pateixen afeccions articulars, problemes circulatoris, afeccions psicològiques i psiquiàtriques relacionades amb l'estat d'ànim, fatiga, esgotament. El 40,2% pren alguna medicació. Si es creua per sexes, les dones manifesten en molta més proporció més problemes de salut que els homes. De les quaranta-dues persones que diuen tenir problemes de salut, quaranta són dones i només dos homes. Els dos homes que manifesten que els afecta a la salut afirmen que “estic més cansat, esgotat, tinc una pressió psicològica més gran” i “vaig perdent força, vaig perdent de tot”. En canvi, les expressions sobre l'estat de salut de les dones es manifesten com “vaig tenir un baixón molt gran, y te lo tragas tu sola para no hacerles padecer”; “tinc artrosi, hipertensió, sucre, asma i vaig tenir un avís d'ictus”; “depressió, veus que va perdent i necessita més ajuda”; “cervicals carregades, ansietat, dormo malament a les nits”; “fa molts anys que he d'anar al fisioterapeuta”; “nerviosisme i estrés perquè no dones l'abast”; “no em puc cuidar, necessitaria descans, cura”; “psicològicament em trobo desemparada, això m'ha encongit tot” i altres.

8.2.2.8 Coerció moral sobre el gènere i càrrega del treball de cures

Les dades mostren com la majoria de les persones que cuiden no ho han escollit. El 50% afirma que “no hi havia espais per decisions. Ho havia de fer jo”, i el 12,6%% diu “em va tocar sense presa de decisions i perquè sóc dona”. Només un 9,8% de les dones que cuiden afirmen haver-ho escollit lliurement, i en el cas dels homes cuidadors, aquesta xifra puja al 25%. En un 14% de les dones que cuiden la decisió fou presa de

forma conjunta amb la resta dels membres de la seva família, en el cas dels homes, fou en un 18,75%.

Les cures constitueixen el “nucli dur” del feminisme (Cárdenas-Jiménez,2023). L'autora d'aquesta tesi considera *insostenible en ple segle XXI el fet que les cures siguin dutes a terme “sobre les espatlles, a costa, i sense remuneració” del gènere femení*. Que s'entengui com a *“normalitzat” el fet que aquestes cures es concentrin en una sola persona*”, que equivaldria a dir invisibilitzat o ignorat, o omès. Insostenible que l'imaginari social hagi interioritzat el fenomen de la “síndrome de la cuidadora cremada¹²⁷”. Aquesta síndrome afecta la persona que cuida, i a mesura que passa el temps, i de forma més acusada davant la cura d'una persona amb malalties neurodegeneratives. Existeix molta bibliografia sobre aquesta síndrome, anomenada “burning career” i els símptomes serien els següents: aïllament de les amistats, problemes de memòria i dificultat de concentrar-se, molèsties digestives, palpitations, tremolors a les mans, consum excessiu de cafeïna, alcohol o tabac, consum excessiu de pastilles, dificultats per a dormir, pèrdua d'interès en activitats en les què abans gaudia, sensació de malenconia, irritabilitat, desesperança i indefensió, canvis en la gana, el pes, canvis en els patrons del son, emmalaltir més sovint, sentiments de voler-se fer mal a sí mateix o als altres, esgotament físic i psíquic, depressió, i un llarg etcètera. Aquests símptomes s'assemblen molt a les situacions de les víctimes que pateixen maltractament o situacions de violència. L'autora d'aquesta tesi considera que seria legítim afirmar que *concentrar les cures en una sola persona cuidadora, sense reconeixement social, ni remuneració, ni suport, és una forma clara de violència*. Sorgeix aquí una qüestió purament relacionada amb el gènere i amb el fet, tal i com la Cap dels Serveis Socials de l'Ajuntament de Lleida, Lourdes Zanuy¹²⁸, que participà amb fort interès en aquesta recerca, recalcant que “no és només un tema econòmic sinó ideològic¹²⁹”:

No és només un tema econòmic, és un tema ideològic, que té a veure amb un model socio-cultural en el que encara estem, i en el que molts dels nostres governants, hi ha al darrere, aquest missatge, emmascarat amb dificultades econòmiques, dime lo que quieras, jo ho sé, però aquí darrere hi ha ideologia, **mujeres en casa, mujeres a**

¹²⁷ Sovint escrit en masculí genèric o “cuidador cremat”.

¹²⁸ Lourdes Zanuy va morir el 2022 (Ho lamentem molt i agraiem molt la seva sincera col·laboració en aquesta recerca)

¹²⁹ És també incomprendible que en les formacions adreçades a legitimar “l'edifici de desigualtat en les cures”, a través de cursos adreçats a persones cuidadores, s'hagi de “reeducar” o “enculturitzar” les dones assistents i de parlar com a fenomen “normalitzat” o “usual” aquesta síndrome, sense tenir en compte els costos individuals, socials i econòmics que comporta, l'haver de sostenir, sense escollir, una situació de cures familiar

cuidar...que sale más barato el estado, sí, pero mujeres a cuidar, per tant, no penso que és només econòmica, que també eh, de cura (Cap Serveis Socials, Ajuntament Lleida)

La càrrega de treball que suposa el treball de cures, històricament naturalitzada entre dones i homes constitueix una clara desigualtat i discriminació per raó de gènere. Aquesta càrrega, tant injustament desproporcionada, ha estat assumida per les dones sota dominació moral, ètica i religiosa a través d'una socialització diferencial entre gèneres. Les repercussions del fet d'assumir el treball de cures en soledat, per obligació moral, per deure, o per raons de parentiu lligades al matrimoni, condicionen la llibertat d'elecció de les dones en la major part de les àrees de la seva vida: temps, economia, salut, relacions socials i autocura. Constitueix una clara violació dels drets i llibertats humanes, que la nostra societat permeti concentrar "tot el pes de les cures en una sola persona" *sense el seu consentiment*. La *coerció moral* sota un paraigua profundament patriarcal és el que l'autora d'aquesta tesi interpreta que determina, en més mesura, el consentiment a voler assumir en soledat les cures. En aquest sentit, és urgent una educació igualitària en les cures des de ben petits, tant dins el sistema educatiu com des de les pròpies llars, al mateix temps que cal exercir una pressió efectiva als Estats per a que adoptin les pertinents mesures de corresponsabilitat social.

8.2.2.9 Les pràctiques actuals de treball de cures familiars empobreixen econòmicament les dones augmentant la bretxa de gènere

Les dades mostren que més de la meitat de les persones que cuiden (56%) han assolit estudis d'Educació Primària. Un 12,1% ha assolit Educació Secundària no obligatòria (equivalent a batxillerat i FP). El 31,9% tenen estudis universitaris de grau, màster o doctorat. Els nivells formatius superiors corresponen en més mesura a dones que a homes. El nivell d'estudis guarda relació amb el nombre de persones cuidadores entrevistades que treballen, a més a més de les cures, remuneradament fora de casa, és a dir, les persones que tenen un nivell inferior d'estudis, en major mesura, es dediquen plenament al treball de cures familiar no remunerat. Un 82,4% de les persones cuidadores afirmen no estar treballant remuneradament ni de forma contractada fora de casa. Un 17,4% treballa de forma remunerada sota contracte, i d'aquestes un 13% treballen sota el règim d'autònoms. Per sexes, els pocs homes que exercien el paper de cuidadors en edat laboral exercien també treball remunerat fora de casa a més de cuidar, fet contrari al que succeeix amb les dones. Sis de cada deu persones cuidadores també duen a terme el treball domèstic de la seva pròpia llar familiar i el 64% duu a terme el treball de cures de la persona gran sense cap mena de remuneració o prestació.

Aquest tipus de cura, suposa en molts casos un tipus de treball que a més de no ser remunerat ni reconegut socialment, minva el poder adquisitiu d'un gran nombre de dones, fet que incideix en l'augment de la *bretxa de gènere en el món rural*.

L'estudi Closin-gap (2022) sobre la *bretxa de gènere al món rural*, aporta dades a nivell espanyol sobre *el cost d'oportunitat o valor econòmic* al que es renuncia per una determinada actuació o despesa. L'informe mostra que les dones en el medi rural afronten una doble desigualtat: provocada pel seu entorn o hàbitat, en termes d'oportunitats laborals, accés a serveis i connectivitat física i digital, i per qüestions de gènere, o pel fet d'haver nascut com a dones. El conjunt de trets que afecten les dones al món rural són els següents (veure taula 8.3)

Taula 8.4 Característiques de la bretxa de gènere al món rural

1. A nivell *demogràfic*:

- El medi rural es despobla i perd pes en la població general

- El medi rural es masculinitza i el medi urbà es feminitza

- Les dones nascudes en el medi rural són més proclius a emigrar que a entorns urbans.

- La població rural envelleix, especialment les dones.

2. A nivell *d'ocupació, formació i mobilitat*

- La taxa d'activitats en el medi rural és menor que en l'urbà i la de les dones és menor que la dels homes. La bretxa de gènere s'intensifica en el món rural.

- La taxa de desocupació és menor en el medi rural, però persisteix la bretxa de gènere

- El nivell educatiu de les dones rurals és cada cop més elevat, especialment en les joves.

- L'ajustament entre oferta i demanda d'ocupació és millor per a les dones rurals que per als homes rurals.

- La temporalitat i parcialitat femenines s'intensifica en les activitats agrícoles

- Tot i que el treball autònom és més comú en les activitats en les dones que treballen en l'agricultura, aquestes no solen tenir persones assalariades al seu càrrec.

- L'auge del teletreball ocupa a més dones.

3. *Exercici de la propietat agrícola*

- Les dones estan infrarepresentades en el treball de les explotacions agràries

-
- Les dones estan infrarepresentades en la propietat de les explotacions agràries
-
- Les dones es troben absents de la presa de decisions en les explotacions agràries
4. *Conciliació i ús del temps*
- La doble jornada de les dones s'intensifica en el medi rural

Font: Closin Gap (2022)

8.2.3 Estat de la provisió pública de la cura

El tercer objectiu ha estat **analitzar l'estat de la provisió pública de cures o polítiques de cura a les llars familiars amb persones en situació de dependència en relació a la privatització -mercantilització- de la cura**. Els resultats generals indiquen una *insuficiència de cobertura pública de serveis adreçats a la cura de les persones grans amb problemes d'autonomia* d'acord a les necessitats de les llars familiars. Existeix, per tant, un *desajustament entre els serveis existents d'acord amb les necessitats*. Per altra banda, es constata el fet que les administracions públiques tendeixen a la privatització dels serveis a través de l'externalització o transvasament al mercat de l'atenció directa a les persones. Existeix una manca d'inversió pública, que s'accentua en espais rurals. Segons mostren les dades provinents de les entrevistes a les administracions públiques locals, sobre la prestació de serveis socials adreçats a les persones grans, *no existeix una planificació unificada de criteris segons territori ni demarcacions*, ni tampoc un pla unificat adaptat al territori, tot i l'existència d'un Pla estratègic de Serveis Socials tot i la participació territorial en el disseny d'aquest pla. Cada comarca actua d'una manera diferent, posant en pràctica de forma autònoma les directrius a l'hora de proveir de serveis als seus habitants, tot i que les persones coordinadores de Serveis Socials es reuneixen periòdicament, segons es constata. **Caldria una elaboració estratègica basada en una diagnosi acurada, coordinada i consensuada d'acord amb les necessitats concretes del territori, i que comptés amb la participació dels habitants que no formen part d'entitats o organitzacions, és a dir, els que no tenen veu, a l'hora d'atorgar els serveis i el seu pressupost**. Cada comarca segueix el seu propi tarannà a l'hora de concertar serveis o externalitzar-los. Això succeeix amb el Servei d'Atenció domiciliària, teleassistència, i altres. De fet, els serveis socials i els serveis sanitaris actuen de forma diferenciada i poc consensuada (això s'ha pogut constatar en temps de pandèmia).

L' Institut Català d'Avaluació de Polítiques Públiques IVÀLUA, publica el 2022 un informe encarregat pel Departament de Drets Socials de la Generalitat de Catalunya on avalua la implementació del SAD arreu del territori català. Es confirma, a partir d'aquest informe que no existeixen criteris comuns del SAD a tot el territori, o no hi ha un marc interpretatiu compartit sobre aquest servei. En les recomanacions finals s'assenyala que aquest servei hauria d'articular-se amb altres serveis i programes i de forma especial amb els serveis de salut. Caldria incloure-hi una mirada preventiva i comunitària que encara no existeix. Es recomana enfortir la sostenibilitat del SAD i augmentar-ne la cobertura, ja que és del tot insuficient. Caldria ampliar el coneixement del SAD de manera que es fes una diagnosi de les necessitats del territori, de cara a afrontar la transició demogràfica on els perfils de població sobreenvellits poden diversificar-se i poden tenir necessitats socials i sanitàries complexes. Es recomana dotar d'una atenció que oferís un tipus de suport emocional amb personal qualificat. Caldria millorar la interconnexió de dades entre administracions i serveis. Seria necessari introduir una perspectiva de gènere interseccional que permeti trencar amb els estereotips de gènere en quant a segmentació laboral, discriminació ètnica i de gènere, promovent la incorporació masculina al SAD. Coincidim amb IVÀLUA, i a partir de les dades aportades per la tesi, que caldria també, dur a terme un control de qualitat rigorós del funcionament del SAD per part de les empreses externalitzades.

A continuació, s'assenyalen elements diferencials segons el tipus de territori, tenint en compte les característiques i problemàtiques de les comarques de l'Alt Pirineu i Aran i les de de la Plana de Lleida.

8.2.3.1 L'ALT PIRINEU I ARAN

La demarcació de l'Alt Pirineu i Aran està formada per les comarques de l'Aran, Alt Urgell, Alta Ribagorça, Pallars Jussà i Pallars Sobirà (Mitja comarca de la Cerdanya, pertany a Lleida. Aquesta comarca s'exclou de l'estudi en pertànyer a la província de Girona).



Segons els resultats de la tesi, a la zona de *l'Alt Pirineu i Aran* s'observen els següents trets:

1) Augment de la mobilitat laboral i concentració de la població als nuclis més grans o caps de comarca (L'Alt Urgell, l'Alta Ribagorça i l'Aran, no obstant, les persones grans resten als pobles d'origen el màxim de temps. 2) Persistència de l'estructura familiar

pairal – per exemple, a l'Alt Urgell i a l'Alta Ribagorça encara està arrelat que els fills i filles visquin amb pares i mares grans, encara hi ha cases pairals amb tres generacions, avis i àvies, fills i filles i nets/netes.

3) Existència de suport comunitari que té una doble funció: tant de control social com de solidaritat i ajuda entre veïnatge. 4) Desenvolupament de diferents estratègies de supervivència familiar en temps de crisi o davant la pèrdua de feina que es vinculen a un retorn o reagrupament dels membres de la família, tot recolzant-se amb els estalvis o pensions dels grans. 5) Es reafirma, mitjançant la triangulació de dades que el gènere masculí, quan cuida en exclusiu, ho fa majoritàriament perquè ha perdut la feina o perquè està jubilat. En el cas dels homes treballadors del SAD, que són pocs, tot i l'escepticisme inicial de les famílies davant del gènere dels cuidadors, s'observa que tenen bona acceptació final. 6) Tendència a cercar persones en règim intern als municipis petits, generalment persones migrades, sense responsabilitats familiars, soles o amb fills i filles grans (en el cas de l'Alt Urgell, per exemples, sovint responen al reclam que a Andorra hi ha feina, i es queden a la comarca).

Segons el Pla de Salut 2021-25 corresponent a la regió sanitària de l'Alt Pirineu i Aran, aquest territori es caracteritza per *una baixa densitat de població, gran dispersió i poca transversalitat*.

La població de la Regió Sanitària és de 70.018 habitants, segons el Registre central d'assegurats del CatSalut (RCA) de 2022. Té una densitat de població d'11,6 habitants per km², mentre que la densitat de població de Catalunya és de 234,20 habitants per km². La Regió Sanitària té 77 municipis, més de 600 nuclis de població, el 63,6% dels quals tenen menys de 500 habitants. La Regió té el 14,5% dels nuclis de menys de 500 habitants de Catalunya. Així, doncs, a la baixa densitat de població, s'hi afegeix una gran dispersió que, juntament amb les difícils comunicacions, marquen i influeixen directament en la distribució dels recursos sanitaris. (...) es reflecteix aquesta situació al Pallars Sobirà amb 350 km² amb 3.000 habitants, 53 nuclis i 12 consultoris locals. La dispersió fa que les necessitats de professionals que es requereixen per donar cobertura a aquesta zona siguin superiors a les d'altres contrades.(Pla de Salut Regió Sanitària Alt Pirineu i Aran)

- *DIFÍCIL ACCESSIBILITAT*

Pel que fa a les isòcrones per arribar als hospitals, segons el Pla de Salut vigent, les distàncies i els temps per arribar als hospitals és alta. En el cas del Pallars Sobirà, “14 dels 15 municipis es troben a més de 45 minuts, i deu a més d’una hora d’un centre hospitalari” i depenent de les condicions meteorològiques, aquests temps augmenten. Es troben situats a 2 hores i 45 minuts d’hospitals de Lleida i a 4 hores des centres sanitaris de Barcelona.

Kompil et al. (2019) defineixen *accessibilitat* com la distància que el ciutadà mitjà resident en un municipi o país, ha de recórrer, per carretera, per a accedir al servei més proper. Si es compara l’accessibilitat als serveis en zones rurals espanyoles amb la mitjana europea, aquestes tenen una pitjor situació. A Espanya en particular, cal recórrer uns 20 km més en el cas dels habitants de zones rurals, respecte els urbans, per a accedir als serveis locals més propers (Informe Banc d’Espanya,2021).

Tot i que en el seu conjunt Espanya es troba per sota de la mitjana europea en accessibilitat als serveis locals i regionals en general (3,5 km Espanya i 4km UE), no passa el mateix pel que fa a l’accessibilitat de poblacions rurals envers els urbans. Així doncs, *el grau d’urbanització afecta a l’accessibilitat dels individus a la prestació de serveis*. Segons la mitjana europea, una persona que viu en un espai urbà tindria un servei local a 2,1 km, mentre qui viu en zona rural el tindria a 7,1 km. En el cas d’Espanya, l’accessibilitat en el món rural empitjora fins a 12,4 km (Banc d’Espanya, 2021). Altres estudis com EUROMONTANA (the European Association of Mountain Areas)¹³⁰ mostra com països com Grècia, Suècia i Espanya, més del 50% de la població que viu en zones de muntanya viuen a més d’una hora conduint a l’hospital més proper.

- *AUGMENT DE LES MOBILITATS I NUCLIS “COMMUTERS”*

Les necessitats d’accessibilitat als serveis locals i als lloc de treball, donen lloc a un altre fenomen, com ha estat el creixement de nombrosos nuclis “dormitoris “ o “commuters” deguts a *l’augment de mobilitats*. Segons l’Associació de Dones del Món Rural, “un altre pilar essencial per a la supervivència del Món Rural és el model de gestió del territori.

¹³⁰ Euromontana, Ageing in mountain areas – [Contribution of Euromontana for the Green Paper on Ageing](https://www.europarl.europa.eu/thinktank/en/document/EPRS_IDA(2020)659403), June 2020 Euromontana is a European multisectoral association for co-operation and development of mountain territories. It embraces regional and national mountain organisations throughout greater Europe, including regional development agencies, local authorities, agriculture organisations, environmental agencies, forestry organisations and research institutes. Citat en Older people in the UE rural areas (2020) [https://www.europarl.europa.eu/thinktank/en/document/EPRS_IDA\(2020\)659403](https://www.europarl.europa.eu/thinktank/en/document/EPRS_IDA(2020)659403)

Una de les grans problemàtiques del s.XXI és el despoblament de les zones rurals o els anomenats “pobles dormitoris”. (Cerrarols i Nogué, 2022:285). Existeixen pobles petits on, de dia, només hi ha gent gran, car les persones d’edat laboral han hagut de traslladar-se a nuclis més grans. Així doncs, en el món rural l’exigència de mobilitat és un fet. Les dades constaten aquest augment de mobilitat de la població en els espais rurals:

El problema està en que els nostres pobles són els mateixos però la gent marxa dels pobles i se’n va a la pobles grans. Als nuclis petits, qui queda? Gent gran que no vol marxar, això implica que a nivell de treball és complicat perquè nosaltres tots els recursos de gent gran els tenim ubicats a la Seu o a Oliana, i una persona d’Alinyà, que és un poble molt bonic que hi ha moltes segones residències i una vista espectacular, pues igual ens queden deu avis. Els seus fills, o els seus nets, treballen a la Seu o treballen a Andorra o Oliana i puguen i baixen però les hores del dia estan sols (ConSORCI Servei a les Persones, Alt Urgell)

Les necessitats d’accessibilitat i de mobilitat rurals exigeixen, segons mostren les dades de les llars familiars entrevistades, que davant una situació de dependència, en alguns casos, la unitat familiar hagi de canviar de lloc de residència, per a estar més a prop dels grans, o bé a la inversa, que calgui moure la persona gran cap a un nucli on hi hagi serveis més propers. En altres casos s’enduen els grans a un nucli urbà, proper o llunyà, on hi hagi més serveis especialitzats. Les dades mostren com més de la meitat de les persones responsables de la cura dels grans, el 64%, afirma que la cura exigeix “molts canvis i transformacions en la vida” com l’haver de deixar la feina o treball remunerat (30%), reduir la jornada (10%), canviar de feina (4,4%) o jubilar-se anticipadament. Les persones cuidadores han hagut de renunciar a més, a temps, a una vida personal, aficions, i fins i tot en alguns casos a viure al lloc habitual (11,4%).

Ens trobem a vegades que es veuen en l’obligació d’emportar-se’ls cap a Barcelona, clar nosaltres no podem fer cap alternativa, perquè no tenim alternativa, però és un desarrelament important, però no els toca cap més remei, inclús hi ha avis, que quan el seu fill o filla són a Barcelona ja fan la sol·licitud de residència allà per a apropar-los cap a allà...això està passant, com gent de la Seu que estan en llista d’espera per la residència pública o una plaça concertada d’aquí i surt una plaça a Oliana de privada, doncs els baixen a Oliana fins que surt la plaça a la Seu, però clar, és que la necessitat és aquesta...tot i que quan veus a l’avi penses....però la família s’organitza, veus clarament que fan tot el que poden i no els pots dir-ja saps que estàs desarrelant al teu familiar que quan torni igual els seus amics ja no se’n recorden, això no els hi pots dir a una família...la família fa el que pot, és durillo, eh, envellir és dur, quan necessites d’algú..(ConSORCI Servei a les Persones Alt Urgell)

Els índexs d’envelliment i sobreenvelliment en aquestes comarques se situen per sobre de la mitjana catalana. Segons el Pla de Salut 2021-21 de la regió sanitària de l’Alt

Pirineu i Aran, i, en relació a les persones grans, es planteja la necessitat de treballar l'atenció integrada social i sanitària, potenciar l'acció comunitària amb orientació a la gent gran i desenvolupar nous models d'atenció a les persones (envelliment actiu, pacient crònic i atenció a la fragilitat).

L'envelliment poblacional conseqüència de l'augment de l'esperança de vida juntament amb la baixa taxa de fecunditat a la Regió, per sota de la mitjana de Catalunya (l'any 2020 era de 27,98 versus 33,46 a Catalunya), comporta un increment de la multimorbiditat, sobretot dels problemes de salut crònics, de la dependència i de les necessitats socials. Una de les característiques de la Regió és l'elevat índex d'envelliment, que és un 15% més elevat que la mitjana de Catalunya, un 23% més en homes i un 9% més en dones. Amb el sobreenvelliment passa el mateix, els percentatges són un 25% superiors a la mitjana de Catalunya, el 31% més en homes i el 23% més en dones. És rellevant destacar la soledat no volguda de la gent gran, més freqüentment en dones, que s'agreuja per l'existència de necessitats complexes derivades de la pluripatologia i de les desigualtats socioeconòmiques. (Pla de Salut 2021-2025 Regió Sanitària Alt Pirineu i Aran)

Segons les dades de la tesi, es mostra una problemàtica relacionada amb la distància de nuclis urbans, que concentren la major part de serveis especialitzats. Per aquest motiu, les comarques de muntanya tenen convenis amb altres serveis sanitaris més propers (que la ciutat de Lleida). Els hospitals de la Vall d'Aran i de Tremp disposen de serveis bàsics. El servei aranès de Benèster e Salut té conveni amb l'hospital universitari de Toulouse i amb el centre hospitalari Comminges, que pertany a Saint Gaudens (França) pel que fa a serveis sanitaris i per a l'activació d'urgències, codis ICTUS i IAM. L'Alt Urgell comparteix alguns serveis amb Andorra, com el de diàlisi, d'anatomia patològica i de vigilància epidemiològica amb l'Hospital Meritxell. A la inversa, hi ha andorrans que fan ús de la residència privada ubicada a la Seu d'Urgell. Els serveis socials i hospitalaris s'ubiquen als caps de comarca, i existeixen dos hospitals: el de Tremp i el de Vielha.

L'elevada dispersió i les condicions d'especial aïllament fan que adquireixin especial rellevància l'oferta de dispositius d'atenció primària i d'atenció a les urgències i emergències com a recursos més propers i que han de donar la resposta més adequada en context de proximitat a l'entorn del pacient. L'oferta de serveis dels hospitals comarcals està relacionada amb les especialitats considerades essencials, també anomenades troncal (medicina interna, ginecologiaobstetrícia, pediatria, cirurgia

general, traumatologia, anestèsia, radiologia, laboratori, urgències) que cal garantir per assegurar l'equitat territorial. (Pla de Salut 2021-2025 Regió Sanitària Alt Pirineu i Aran)

La comarca de l'Alta Ribagorça, situada entre l'Aran i els Pallars, ha de mobilitzar la seva població a aquests hospitals, donada la seva petita dimensió i densitat poblacional. Per altra banda, les poblacions de la franja d'Aragó tenen conveni amb els CAPs ribagorçans per a poder rebre serveis. Es desprèn dels resultats de les entrevistes que existeixen dificultats de proveir d'atenció, seguiment i supervisió de la situació de les persones grans ubicades en nuclis amb alta dispersió, i les famílies assenyalen que manquen treballadores socials que visitin els domicilis i s'apropin a les llars.

Segons mostren les entrevistes a les llars familiars, en comarques com l'Alt Urgell i els Pallars encara existeixen vestigis d'estructura familiar pairal, lligada a economies familiars agràries. També, des de l'Alt Urgell s'assenyala el paper del bon veïnatge i, per exemple, al municipi de les Valls d'Aguilar, que aplega molts micropobles, en el moment de les entrevistes, s'estava acordant la creació d'un Centre de Serveis proper a la gent gran, que constituís un espai d'atenció, suport i oci, donada la dispersió.

Tot i això, s'assisteix a una transició familiar en que les generacions joves i el tipus d'activitat laboral que duen a terme preveuen un canvi substancial en l'assistència de cures tradicional per part de les famílies. Segons les dades, encara existeix un imaginari social resistent a voler ingressar a la persona gran a una residència, fet que es vincula a la disponibilitat de xarxa familiar, al nivell econòmic de les famílies i a l'estat de salut de la persona gran. Arran de les conseqüències de la crisi econòmica del 2008 i davant la urgència econòmica familiar, es desplegaron estratègies de reunificació familiar de la persona gran a la pròpia llar, en els casos que aquesta hagués estat traslladada a una residència, amb una retracció de la pròpia economia familiar. Això s'observa en diferents comarques, com a l'Alt Urgell i l'Aran, comarques molt diferents, però amb places residencials insuficients i amb llista d'espera. A l'Aran no existeix servei de SAD, sinó només prestació econòmica a les famílies. En els casos estudiats, l'estratègia familiar de privatitzar les cures, o delegar-les a persones contractades privades és una necessitat davant la insuficient xarxa pública de serveis d'atenció domiciliària.

Taula 8.5 Trets territorials en la provisió actual de serveis públics a l'Alt Pirineu i Aran

Comarca	Trets territorials o diferencials	Serveis adreçats a la cura de les persones grans	Problemàtiques i necessitats Reptes
ALT URGELL	<p>L'any 2009 es crea el Consorci d'Atenció a les Persones que inclou Serveis Socials, polítiques d'Igualtat, Gent Gran, Immigració, Atenció precoç i Servei d'Atenció a la violència de gènere.</p> <p>Els dos municipis més grans són La Seu d'Urgell amb uns 12.000 habitants i Oliana amb 2.000</p> <p>Alta dispersió i distància entre municipis que dificulta la mobilitat de les persones grans.</p> <p>Les persones grans volen restar a casa i mostren resistència a anar a una residència.</p> <p>Existència de família pairal on viuen tres generacions en una mateixa casa.</p> <p>El sector agrícola que queda potencia encara la llar familiar extensa i el seu sistema de relacions de cura familiar.</p> <p>Funciona el bon veïnatge i les relacions comunitàries.</p>	<p>Places residencials limitades. Hi ha una residència privada concertada plena, i una altra només privada (Hermanitas de los Desamparados) (150 places) també plena, que agafa gent d'Andorra.</p> <p>El Centre de Dia està situat a la Seu d'Urgell i això suposa un problema de mobilitat important per part dels municipis petits.</p> <p>El Servei d'Atenció a Domicili (SAD) ¹³¹ només constava de 4 treballadores familiars, és de copagament. (Posteriorment és gestionat per una empresa on es denuncien queixes per part de les persones treballadores, que fan arribar al ple del Consell Comarcal(2021)¹³²</p> <p>Servei <i>potent</i> de teleassistència, funciona amb copagament -la meitat del preu se subvenciona-. Es volen instal·lar teleassistència mòbil amb GPS(suposa 30€ al mes)</p> <p>L'Alt Urgell és pilot del PIAI o programa integral sociosanitari que procura vetllar de forma coordinada per a cobrir les necessitats d'una persona en situació de cronicitat. (el PADES i el SAD es coordinen)</p>	<p>La manca de serveis públics i la insuficiència de personal del SAD provoquen que les llars familiars cerquin el suport a la cura pel seu compte.</p> <p>Dones no qualificades deixen la feina per a cuidar quan sobrevé una situació de dependència a un familiar.</p> <p>En moments de crisi, quan una persona no qualificada es queda a l'atur, aquest ha exercit de cuidador i té la prestació per al cuidador.</p> <p>Les situacions d'atur han provocat demanda per part d'homes per a exercir de cuidadors, tot i que abans treballessin al sector de la construcció</p> <p>A vegades els fills i filles dels grans han d'endur-se'ls de la comarca on viuen ells, per ex, a Bcn, amb el risc de desarrelar la persona gran.</p>
ALTA RIBAGORÇA	<p>Existència de suport comunitari, que exerceix una doble funció: control social i solidaritat.</p> <p>Encara existeix una reticència per part dels grans a gastar els seus estalvis de vellesa, tenint en compte que aquests estalvis eren una previsió per a deixar a fills/es</p> <p>Alguns homes estan aprenent a ser cuidadors a casa o a domicili. Si és la dona qui perd la feina, passa a cuidar l'avi. Si l'home perd la feina, se suprimeixen els recursos extra com el</p>	<p>Servei d'Atenció a Domicili (SAD) es divideix en social i de dependència, està externalitzat a una empresa. Teleassistència Centre de Dia en una residència pública (50 places).</p> <p>Fa falta atendre i informar les famílies sobre quin tipus d'atenció han de donar, o més coordinació entre pal·liatius i persones cuidadores familiars.</p>	<p>En el cas de persones que viuen soles, mostren reticència a saber qui durà a terme el SAD, cal un treball individual amb la persona gran per a que ho accepti.</p> <p>Es creu que s'hauria de tendir a una professionalització de la cura però manca una valoració social.</p>

¹³¹ Ens referim al SAD dependència (ja que també existeix el Servei d'Atenció Domiciliària social, adreçat a tota la població)

¹³² <https://lavalira.eu/denuncien-greus-irregularitats-en-les-condicions-laborals-del-personal-datencio-domiciliaria-de-la-seu-i-lalt-urgell/>

	pagament de servei domèstic i passa a fer-ho la dona.	Al febrer 2023 arriba el servei de PADES ¹³³ a l'Alta Ribagorça.	
ARAN	<p>Dependència econòmica sector turístic</p> <p>Territori rejuenit per les migracions continuades relacionades amb feines del sector serveis i turisme i treballs de temporada.</p> <p>Alt preu de l'habitatge, actualment és molt difícil trobar lloguers donada l'especulació i el creixement de pisos turístics.</p> <p>El màxim de població en que s'ha arribat és de 10.500 persones, però hi ha molta rotació. Hi ha una població entre 25 i 50 anys que és de fora, però té la seva activitat aquí. Aquestes persones, quan acaben la seva vida laboral marxen fora, i es torna a omplir de gent i torna aquesta dinàmica. Puntualment hi ha els pics de cap de setmana que ve gent de fora a passar dies de vacances que genera problemes d'urgències però no d'estructura de serveis.</p>	<p>Diferència marcada entre el poder adquisitiu dels terçons del Baish Aran i del Naut Aran, aquest darrer molt més ric.</p> <p>No hi ha servei de SAD, sinó prestació econòmica És molt complicat donar SAD amb les distàncies entre pobles (50 km d'un lloc a l'altre). No hi ha servei de PADES. L'administració pública ha agafat l'HESTIA com a programa de base de dades amb l'AOC. Places de residència amb llista d'espera continguda. La prestació al cuidador ha cobert la mancança de places públiques.</p>	<p>S'han muntat dues estructures paral·leles, discapacitat i dependència que haurien d'estar unides.</p> <p>Degut al preu de l'habitatge molta població d'origen estranger resideix al Baish Aran, fet que concentra problemàtiques. En el moment de l'entrevista, les conseqüències de la crisi econòmica provocaren que algunes famílies es fessin càrrec de la persona gran a casa, davant la necessitat dels ingressos d'aquesta.</p> <p>Qui es queda a casa a càrrec dels pares grans sempre és la dona.</p>

8.2.3.2 LA PLANA DE LLEIDA O PONENT

Segons el Pla de Salut de la Regió sanitària de Lleida 2021-25, la població de la Plana de Lleida o comarques de Ponent, mostra tres característiques essencials que la diferencien de la resta de regions: una distribució de la població dispersa en un ampli territori, fet que es tradueix en una baixa densitat de població; un sobreenvelliment poblacional més accentuat que el de la resta de Catalunya, i un component migratori destacable, que s'incrementa en determinades èpoques de l'any.



Segons les dades del treball de camp proporcionades pels Serveis Socials d'una mostra de comarques, els serveis públics adreçats a les persones grans es caracteritzen per no promoure una *desfamiliarització de la cura*, sinó que amb les seves pràctiques, promouen processos de *privatització i refamiliarització* d'aquesta mitjançant, l'externalització o l'ús de la gestió privada dels serveis per part d'empreses privades (en alguns casos són fundacions, associacions o cooperatives). Per altra banda, assisteixen

¹³³ El PADES és un servei sociosanitari d'atenció domiciliària i de suport a l'atenció primària que atén pacients en situació de final de vida, en fase avançada de la malaltia i malalts crònics complexos amb una incapacitat o dependència important.

amb certa impassibilitat, a la *refeminització del treball de cures* a mans de persones migrades o no, que davant el nínxol de mercat de cures, veuen oportunitats de feina remunerada, com a treball formal o informal.

Taula 8.6 Trets territorials provisió pública de serveis de cura a les comarques de Ponent

Comarca	Trets territorials o diferencials	Problemàtiques o necessitats	Reptes de futur
GARRIGUES	<p>Borges i Juneda han crescut, amb gent de fora i on hi ha més conflictes familiars és amb les famílies nouvingudes, no necessàriament d'origen estranger. Paguen un mínim o ocupen pisos.</p> <p>És una comarca de secà amb mentalitat d'estalvi, perquè és molt agrícola i dependent de la climatologia.</p> <p>El tema de l'habitatge és el gran problema. Les ajudes d'urgència social no són la solució.</p> <p>És una comarca petita on hi ha molt control social però també molta ajuda. Encara funciona molt el "què diran els altres"</p> <p>Les associacions de dones van sorgir "per a treure la dona de casa ja que estava molt sotmesa".</p>	<p>Hi ha una gran demanda pública de places residencials, hi ha llista d'espera en centres públics i concertats. El SAD és feble, i no és suficient per a solucionar la vida de les persones grans.</p> <p>El Consell Comarcal ofereix feina molt precària (SAD) perquè es necessiten persones en unes franges horàries molt concretes.</p> <p>Les grans corporacions que es presenten als concursos "van a rebentar preus".</p> <p>El servei de teleassistència s'ofereix a 11,4€, tothom ho demana.</p> <p>En relació a l'ajuda a la dependència: "tot i que te l'aprovin pots tardar molt a rebre-la. Les persones necessiten avui el suport".</p>	<p>En un futur immediat, el paper de l'Administració ha de ser de flexibilitzar les iniciatives, "enlloc de posar-hi traves".</p> <p>Quan ha fallat la feina i no hi ha hagut ingressos, es recorre als pares, als padrins i es produeix conflicte.</p> <p>Hi ha famílies, que en quedar-se sense ingressos decideixen viure de la seva pensió dels "padrins".</p>
SEGARRA	<p>Comarca de secà, que centralitza actualment les seves fonts d'ingressos a través de la indústria agroalimentària amb la Cooperativa <i>Bon Àrea</i> de Guissona.</p> <p>En relació al sector primari, la pagesia petita té dificultats de supervivència. Els pagesos que sobreviuen han de concentrar en moltes hectàrees la seva producció.</p> <p>"La Segarra presenta un envelliment com pot ser el del Pallars, però a diferència de les altres comarques, té població molt jove perquè ha tingut població que ha vingut de fora i llavors fa que les estadístiques d'envelliment no siguin tant altes. Però les xifres d'envelliment són altes, perquè a Cervera i a Guissona hi ha molta gent jove, però hi ha molt sobreenvelliment, el problema no és l'envelliment, és el sobreenvelliment."</p>	<p>Es confirma l'externalització del treball de cures via privada: "La gent recorre a nivell privat, primer, perquè els surt més barat, perquè no contracten i els surt més barat i el preu d'hora és més barat, i en segon lloc perquè tenen més servei. Ens podem trobar amb famílies que tinguin un SAD però que necessiten més hores d'atenció."</p> <p>El suport familiar com a únic suport existent, si hi és: "Quan hi ha una persona gran dependent, són molt vulnerables, no ho són si hi ha suport familiar,estic parlant de suport familiar perquè no n'hi ha cap més, qui supleix el suport? La família."</p>	<p>"L'Administració local, requereix de fóruns o grups de treball per a la seva actuació i diagnosi. L'administració ha de conèixer la realitat de les persones i l'única manera de fer-ho és a través de les taules de treball, on la gent pugui expressar les necessitats del territori, i a partir d'aquí planificar serveis, ha de ser de "baix a dalt".</p> <p>"S'haurien d'oferir més modalitats de SAD que oferissin serveis més sostinguts i preparats o formats per a la tasca"</p> <p>Manca de suport a les persones cuidadores: "no es dona aquest suport... per als pobles més aïllats, als més petits, això no està preparat, aquesta és</p>

			una necessitat que no està coberta”.
NOGUERA	<p>És la comarca més extensa de Catalunya. Molta dispersió territorial.</p> <p>Balaguer, cap de comarca, té una funció de ciutat “commutar o dormitori” on molts hi habiten però han de moure’s per a treballar a altres nuclis, per la seva proximitat a la ciutat de Lleida.</p> <p>Com a cap de comarca concentra serveis (AFALL, Alzheimer, Centre ESTEL Discapacitat psíquica, Centre social “el Porxo” de Salut Mental, un centre de dia, 3 residències privades i un Centre Sociosanitari gestionat per HESTIA, i amb fons públic.</p>	<p>Hi ha molt poques places al centre de dia de Balaguer i no s’omplen.</p> <p>El servei de teleassistència és gestionat per ASPID. L’usuari/a paga 16€ mensuals.</p> <p>El SAD és gestionat per la Fundació Pere Mata i cobreix unes 300 famílies comptant el SAD, Infància, dependència i social.</p>	<p>Insuficient xarxa de transport públic i de transport adaptat d’acord amb l’àmplia extensió del territori.</p> <p>Es reconeix que les famílies han de recórrer al mercat privat i en molts casos sense contractació, per part de persones migrades, i que s’intenta pagar el preu més baix.</p>
PLA D’URGELL	<p>“La comarca tot i tenir 37.000 habitants, més de la meitat s’ho emporta Mollerussa. Som 16 municipis, més dos agregats, i als pobles on hi ha més envelliment és als pobles més petits. Són pobles molt petits, amb moltes persones que viuen soles, sobretot molta gent gran...vam fer valoracions a la gent gran que té teleassistència primer i després a la gent que no coneixíem i la gent que vivia sola és que realment podia viure sola”.</p>	<p>“Som àrea de serveis a les persones”. Els Serveis Socials han augmentat durant les darreres dècades. S’ha passat d’uns serveis de només de professionals del treball social i educació social a la creació Centre Obert de Mollerussa, centre itinerant a la resta de pobles, centre distribució aliments, habitatge, ocupació, joves.</p> <p>El SAD no cobreix totes les necessitats: “la gent et diu: -es que el que em dones no em cobreix” i el que fan és cobrir amb l’ajuda familiar el que no acabem de cobrir.</p> <p>Es planteja Centres de Serveis als pobles més petits, per a cobrir àpats de la gent gran, per a que tinguin un espai on no estiguin sols mentre fills i filles treballen fora. (Ex. Centre Serveis a Bell-lloch) Centre Fundació Catalunya la Pedrera programa “Dina amb companyia”, amb 3€/dinar per qui viu sol/sola.</p> <p>El SAD està contractat a una Fundació Serveis de Suport o Residom¹³⁴, amb la que es va pactar cedir gratuïtament productes tècnics i de suport.</p> <p>Servei de teleassistència.</p>	<p>Insuficient xarxa de transport públic. No hi ha recursos específics per a ajudar les persones cuidadores. S’ha observat que les persones cuidadores pateixen d’esgotament, claudicament i els afecta a la salut mental.</p> <p>Dificultats de fer entendre a les persones grans la utilitat de recursos com el Centre de Serveis, ja que estan acostumats a estar a casa, i “estar a casa” és la seva preferència.</p> <p>Problema amb el personal del SAD, bàsicament format per dones de 45 a 60 anys. Exigeix treballar a primeres hores del matí i als vespres. Hi ha molta mobilitat de personal. L’empresa contracta per hores i fan poques hores.</p>

¹³⁴ <https://www.residom.org> Data de consulta. 10 Març 2023.

El Pla de Salut de la Regió sanitària de Lleida (RSL) contempla les comarques del Pla d'Urgell, l'Urgell, la Noguera, la Segarra, el Segrià i les Garrigues. La comarca del Solsonès està ubicada en una altra regió sanitària, la de la Catalunya Central.

Conforma l'Àrea de Gestió Assistencial (AGA) de Lleida i el seu territori coincideix amb l'àmbit territorial de Ponent. Compta amb una superfície total de 5.585,95 km², que representen el 14,4% del territori català. La densitat de població és de les més baixes de tots els àmbits territorials de Catalunya i el 2020 se situava força per sota de la mitjana catalana (65,7 hab./km² enfront de 241,8 hab./km²). El fet d'abastar una superfície de territori tan àmplia fa que la població estigui disseminada en desenes de municipis i centenars de nuclis, majoritàriament rurals. De fet, la població es concentra en pocs nuclis urbans: el 39,43% viu al municipi de Lleida. Hi ha un total de 446 entitats singulars de població i 147 municipis (5). Segons dades del Registre central d'assegurats (RCA) 2020, 135 municipis tenen menys de 5.000 habitants i només 5 en tenen més de 10.000 (Lleida, Balaguer, Tàrrrega, Mollerussa i Alcarràs), la qual cosa comporta una dispersió important de la població. (Pla de Salut Regió Sanitària de Lleida).

Els resultats mostren una insuficient cobertura, i sobretot d'intensitat d'hores, dels serveis públics adreçats a les persones en situació de dependència, encarregat de dur a terme atenció domiciliària, com ajudar la persona gran a aixecar-se, dutxar-lo, preparar el menjar, estimular-la o el que és el mateix, donar un suport en relació a les activitats de la vida diària. Es constata, mitjançant triangulació de dades de la recerca Cadenes Globals de Cures feminitzades a Lleida (2019-2021), que les entitats socials i les empreses privades manifesten que *la cobertura de les necessitats de la gent gran és insuficient*, i les treballadores a domicili del SAD participants en la recerca hi afegeixen que quan l'administració pública actua, sovint ho fa en casos molt avançats de malaltia i només cobreix uns mínims. A través dels grups de discussió d'aquesta recerca, es confirma el paper minimalista de l'Estat davant les problemàtiques derivades de l'envelliment i les situacions de dependència. S'al·ludeix també a la manca de finançament de les administracions públiques per a desplegar serveis en un territori rural molt dispers, cosa que en dificulta la prestació i n'augmenta el cost. En el cas de les comarques lleidatanes, existeix, paradoxalment, un desequilibri entre la demanda de treballadores i treballadors d'atenció domiciliària, ateses les necessitats familiars que s'han de cobrir, i l'oferta d'aquestes.

Segons IVÀLUA(2022) sobre els Serveis d'Atenció Domiciliària a Catalunya, la distribució territorial del SAD s'apunta com un element de desigualtat ja que surt perjudicada la població en municipis rurals i de muntanya, especialment en el cas d'un

major aïllament. Segons l'avaluació del SAD dependència amb atenció integral realitzada per la Generalitat de Catalunya (Generalitat de Catalunya i Fundació Avedis Donabedian, 2021), els municipis rurals tenen una oferta que és del 46% menor de SAD respecte dels municipis urbans. Aquesta iniquitat també es reflecteix en la intensitat d'hores del SAD dependència en zones rurals. La grandària del municipi és una variable clau ja que, segons la mateixa font, als municipis urbans el 7,7% de les persones amb SAD dependència reben menys d'11 hores mensuals de servei, mentre que als municipis rurals aquest percentatge és de 26,8% (Generalitat de Catalunya i Fundació Avedis Donabedian, 2021).

Segons el Pla Estratègic de Serveis Socials 2021-24 elaborat pel Departament de Drets Socials de la Generalitat de Catalunya, es diu literalment que “encara ens queda molt per fer per tal de donar resposta al repte de l'envelliment que tenim al davant, tant des d'una visió més preventiva com de promoció de l'autonomia personal”.

L'atenció domiciliària a majors de 65 anys amb dependència actualment dona una cobertura de l'1,9% —28.188 usuaris— sobre la població de referència i una intensitat mitjana d'hores prescrites per grau per sota del màxim establert al RD llei 20/2012 de 13 de juliol. En concret, per al grau I la intensitat mitjana prescrita és de 17,45h/mes, mentre que la màxima per llei és de 20h/mes; per al grau II la intensitat mitjana prescrita és de 25,46h/mes, mentre que la màxima per llei és de 45 h/mes, i per al grau III la intensitat mitjana prescrita és de 32,79h/mes, mentre que la màxima per llei és de 70h/mes —dades a 31/12/2018, ja que encara no es disposen de dades més recents. Places amb finançament privat; places 18.524; 29% Places amb finançament públic; places 45.843; 71% Places amb finançament privat Places amb finançament públic.

A finals de l'estiu del 2020 el nombre de persones dependents majors de 65 anys amb algun servei d'atenció domiciliària o alguna prestació vinculada a la dependència era de 27.146; de les quals un 54% tenien reconegut el grau I, un 34% el grau II i el 12% restant el grau més alt de dependència, el grau III. Es preveu que aquesta població augmenti en els pròxims anys, pel sobreenvelliment de la població que cada cop demanarà més recursos al sistema. Si només es volgués arribar a cobrir el 4% de la població major de 65 anys, com ja marcava la Llei del 2007, hauríem d'arribar a 63.301 persones dependents ateses; cosa que implicaria un augment del 133% en el nombre de beneficiaris. Si bé és cert que molts dels usuaris actuals utilitzen diferents serveis alhora, encara no s'ha desenvolupat prou el sistema de compatibilitats i no es dona un servei òptim a les persones que volen romandre a casa, el que acaba ampliant les llistes d'espera per optar a una plaça a un centre de dia o a una residència. De fet, a les residències de gent gran hi ha una llista d'espera de 18.920 persones i de 6.269 per als

centres de dia —dades del web dels centres de la Direcció General de l'Autonomia Personal i la Discapacitat (DGAPD) de l'octubre del 2020.

El text anterior posa de manifest la manca de previsibilitat i de resposta de les pròpies institucions en relació al conjunt de necessitats de la població, tenint en compte que el sobreenvelliment ja és aquí i les necessitats “existeixen ara mateix”. L'índex de sobreenvelliment a Lleida va passar del 5,5% el 1981 al 19,7% el 2022. L'abast d'aquest fenomen, a Lleida, és superior al del conjunt de Catalunya, on la mitjana se situa en el 17,1% (IDESCAT, 2022). Les comarques lleidatanes on hi ha més població sobreenvellida són el Pallars Jussà i l'Alta Ribagorça (24,5%), el Pallars Sobirà (22,2%). Les segueixen la Segarra (21,7%) i la Noguera (21,6%). Cal tenir en compte l'augment de la demanda de serveis de cobertura en relació amb el sobreenvelliment per comparació a la resta de la població gran jubilada més jove. L'esperança de vida, el 2020, a causa de la pandèmia de la Covid-19, va baixar 1,59 anys a Catalunya —una reducció més elevada que al conjunt d'Espanya, on va ser d'1,24 anys— en passar de 83,8 anys (2019) a 82,2 anys (2020). Al 2023, amb dades provisionals, segons l'IDESCAT torna a augmentar a 83,3 anys.

L'esmentat Pla Estratègic de Serveis Socials no reconeix el dèficit d'hores d'atenció d'acord amb les necessitats, malgrat es reconegui que “no es dona un servei òptim a les persones que volen romandre a casa”, que són la majoria de les persones grans, ans es limita a enumerar i comptabilitzar hores i a dotar de xifres legitimant el seu llegat com a institució.

Segons les dades que aporta aquesta tesi, s'afegeix a les problemàtiques anteriors, la concentració de serveis en caps de comarca o nuclis més grans, comporta necessitats de mobilitat i trasllat de les persones grans, que han de dependre, en molts casos, dels seus familiars per a anar al metge, degut a una *insuficient xarxa de transport públic*:

El problema del transport sí que el tenim, tot i que és una comarca petita amb distàncies curtes. L'únic dia que hi ha transport públic és en dimecres que hi ha mercat, però les famílies s'organitzen, si hi ha mobilitat reduïda tenim un vehicle adaptat.(Consell Comarcal de la Plana d'Urgell)

El transport, a la nostra comarca no tenim transport públic, només hi ha un autobús que baixa d'Àger a Balaguer i un que passa per Ponts i va a Lleida, o el que marxa de Balaguer a Barcelona. De Balaguer sí que en surt, però de Baldomà? Què en faig de Vilanova de la Sal? (...) el transport en la nostra comarca, importantíssim per la gent gran, i ja no et dic que sigui transport adaptat, que per què no? No hi ha cap autocar adaptat perquè a l'empresari li costa un ronyó adaptar-lo (Consell Comarcal La Noguera)

8.2.3.3 Els serveis d'atenció a les persones als micropobles lleidatans

Pelegrí (2021) en una anàlisi sobre la situació dels serveis i equipaments socials als micropobles del territori lleidatà, elabora una detecció de necessitats que apunta a:

- 1) El personal tècnic de serveis socials requeririen una plantilla més àmplia a les comarques lleidatanes, en especial a les comarques de muntanya per a cobrir l'extensió del territori, ja que el criteri de dotació de personal segons el nombre d'habitants no té en compte altres criteris com les distàncies i les característiques dels habitants amb poca població.
- 2) Les poblacions rurals més petites estan discriminades en el conjunt de les terres de Lleida. La tendència ha estat d'ubicar els serveis als caps de comarca o nuclis més grans.
- 3) En relació a l'atenció per a persones grans, hi ha centres de dia a totes les comarques, a les poblacions més grans, i sovint a l'empara de centres residencials. Destaca la poca presència d'establiments públics respecte els privats, que representen només un terç de les places públiques en centres de dia i en residències. La Generalitat de Catalunya no ha invertit en places públiques, que representen el 23,16% de tots els llits. Apunta al desplegament, encara no realitzat dins la cartera de serveis de la Generalitat, de Serveis d'atenció integrals adreçats a les persones grans. Els serveis de transport adaptats són escassos i no en disposen totes les comarques.

Segons Pelegrí (2021:192), les propostes a aquestes necessitats haurien d'encarar-se a:

1. Augmentar la plantilla tècnica de professionals socials (Treball Social i Educació Social) i crear equips itinerants tant de serveis bàsics com d'especialitzats (gent gran, dependència) Proposa augmentar el personal que hauria de dur els serveis d'atenció domiciliària per a qui ho requereix.
2. Establir una planificació específica dels equipaments socials públics que requereixen les zones de muntanya per a garantir una atenció propera. Redisenyar els equipaments socials d'acord amb les necessitats del territori segons les dimensions de l'espai o territori i ésser gestionats amb les pròpies persones del territori.
3. Generalitzar el servei d'atenció integral a la gent gran, pel qual caldria una xarxa de transport adequada i adaptada.
4. La Generalitat hauria de dotar d'equipaments públics a totes les comarques i no deixar-les a iniciatives socials ni mercantils, sinó que haurien de garantir-se els drets subjectius de les persones que habiten en poblacions rurals disperses i llunyanes a

nuclis grans. Aquests serveis podrien ser intercomarcals i no tindrien perquè seguir la demarcació estrictament comarcal.

8.2.3.4 La provisió pública als espais rurals lleidatans dins dels models europeus de provisió social de cures de llarga durada

A mode de conclusió, aquestes dades corroboren el perfil adoptat per Rodríguez-Cabrero i Marbán-Gallego (2013) en relació a l'evolució dels models de cures de llarga durada europeus, d'acord amb les reformes dutes a terme durant el període 2000-2010, que situarien el model mediterrani sota els principis orientadors en forma d'universalisme, familiarització i mercantilització de les cures. No obstant, *segons les dades de la present tesi, no hi hauria una transició de la cobertura cap a la universalització*. En relació a les prestacions aquest model adopta una preferència per les prestacions monetàries i per Serveis Socials municipals i autonòmics regionals. El tipus de provisió seria mixta, caracteritzada per una provisió per part del tercer sector i un creixement del sector mercantil, i el tipus de finançament mixt: via impostos i copagament i també via cotitzacions. Segons les dades d'aquesta tesi, el tipus de provisió pública és tant residual que no pot considerar-se mixt, sinó extremadament minimalista. El tipus de governança es caracteritzaria per una fragmentació amb tendència a una sistematització. En aquest sentit, la governança en els espais rurals constitueix un repte pendent en el moment en que es presenta aquesta tesi.

Segons els resultats de la recerca *A typology of Long-term care Systems in Europe (2010)* dut a terme en el marc de la recerca ANCIEN (Assessing needs of care in European Union), es proposen cinc grups-tipus que engloben els sistemes de cura de llarga durada de 26 països de la Unió Europea, Espanya és situada dins el grup C, juntament amb Àustria, UK, Finlàndia, França, Eslovènia i Irlanda en que l'atenció a les cures de llarga durada rebria una atenció formal d'accessibilitat mitjana o baixa, certa orientació a les cures informals, provisió pública de serveis finançada amb impostos o cotitzacions, despesa pública i privada mitjana, prestacions econòmiques elevades, alta utilització de cures informals i suport intens a cuidadors/es.

Els resultats d'aquesta tesi situarien les àrees rurals estudiades, en el context espanyol, en el grup D, (on se situen Hongria, Itàlia, Grècia, Portugal i Polònia) caracteritzat per una baixa accessibilitat dels serveis formals i orientació clara cap a l'atenció informal, provisió finançada amb sistemes dèbils de finançament, despesa pública i privada baixa, prestacions econòmiques de baixa quantitat, elevada utilització de les cures informals sense massa suport.

Es constata el perfil del model d'atenció a la dependència propi dels països d'Europa del Sud de Bettio i Plantenga (2004), on se situen Espanya, Itàlia i Grècia, es caracteritzen per un alt nivell de cura informal, un baix nivell de cura residencial i un baix nivell de cura comunitària.

Per la seva banda, Martínez-Buján (2014) apunta a quatre models d'organització social de la cura, segons la prioritització des de les diverses comunitats autònomes de l'ús dels recursos familiars-familisme, estatals o provisió de serveis públics i mercantils o contractació de treballadores de la llar i de cures en l'atenció personal i la responsabilitat de les cures. Catalunya se situaria dins *el règim familista amb suport públic*, i dins d'aquest dins el tipus que l'autora anomena com a familista professional, caracteritzat per la promoció dels SAD com a únic servei d'atenció a la llar. En resposta a Martínez-Buján, els espais rurals lleidatans es caracteritzen per un molt alt familiarisme amb un suport públic, en relació al SAD, del tot insuficient, que no cobreix les necessitats de la població.

Els resultats sobre l'estat de la provisió pública de serveis i prestacions adreçats a les cures al món rural mostren que les administracions públiques locals presenten moltes limitacions per a donar respostes a les necessitats de les llars familiars. La política social en relació a les cures de llarga durada actual es basa en un model de provisió de cures que continua comptant amb la *centralitat de les famílies* com a principals proveïdores de cures. Aquest model de política social no contribueix a les necessitats de desfamiliarització i desgenerització del treball de cures. No alleugereix les càrregues familiars davant l'augment progressiu de necessitats de cura provocades pel sobreenvelliment rural, ans la cartera de serveis i prestacions derivada de la Llei de la Dependència consistent en un procés llarg i lent, altament burocratitzat, i determinat pel reconeixement d'un o altre grau de dependència, proveeix d'uns serveis tant minsos, que en no cobrir les necessitats familiars reals, aquestes "ja no hi compten" i, en tot cas, constitueixen una ajuda "insignificant." Aquest fet, és constatat a través de les respostes de les llars familiars, extremadament pessimistes a la qüestió relativa a la seva percepció del futur immediat sobre l'escenari de futur de les cures.

8.2.4 CRISI DE CURES, REFAMILIARITZACIÓ I REFEMINITZACIÓ DEL TREBALL DE CURA

El quart objectiu de la tesi explora **els canvis en el sistema d'obligacions i relacions familiars als espais rurals lleidatans en un context de -crisi de cures i de reproducció social- i el rol establert al gènere femení en relació als processos de refamiliarització i refeminització del treball de cura.**

“L'abandonament institucional” de les famílies per part de les polítiques socials, provoca que tot i els canvis dins l'estructura i composició de les famílies, l'augment d'activitat laboral remunerada de les dones, els canvis demogràfics i econòmics, els processos de despoblament rural, i factors com dificultats en l'accessibilitat als serveis, augment de mobilitat, bretxa digital rural i altres, *segueixin essent les dones qui liderin la organització social actual de la cura al món rural*. Com assenyalen les dones de l'Associació de Dones del Món Rural, constituïda el 2008, i on participen unes dues-centes dones de diversos indrets de la Catalunya rural. “les dificultats d'accés a molts serveis social al món rural fan que els acabem assumint els que hi vivim, i en un percentatge molt alt, qui ho fem som les dones.” (Cerrarols i Nogué 2022:285).

La centralitat de la categoria “gènere” i de les “cures” suposa actualment un repte o horitzó pendent. Urgeix la introducció de polítiques efectives amb una mirada de gènere interseccional que de forma transversal actuïn, amb especial atenció als territoris rurals. Existeixen múltiples desigualtats entre gèneres que són estructurals i a nivell conjuntural no s'estan abordant.

1. En relació a la *titularitat de les explotacions agropecuàries i ramaderes*, les dones catalanes consten com a propietàries en un 32% i un 21% respectivament versus els homes. En el món agrari, només el 3% de les cooperatives agràries estan presidides per dones, tot i que aquestes conformen el 23,9% de les sòcies. (Institut Català de les dones. Dossier dones,2022)
2. A Catalunya, segons dades generals, *les dones presenten taxes de parcialitat laboral molt major que els homes* (14,2% les dones envers el 4,4% els homes. (Centre d'Estudis d'Opinió, 2019). Elles declaren treballar de forma remunerada menys de 30 hores setmanals, i aquesta preferència de temps parcial té com a motiu principal la cura de fills i filles, en un 36,4% dels casos. En el cas dels homes cau a un 15,6%. Pel que fa a la cura de les persones malaltes i dependents, és declarada com a motiu en elles en un 11,8% dels casos i en un

6,3% en ells. Quant a la distribució per gènere de cada motiu relatat, les dones representen el 88,9% del total de persones que manifesten que la preferència de jornada parcial és per la cura de filles i fills i el 86,7% és tenir cura de persones malaltes o dependents (Institut Català de les dones. Dossier dones, 2022).

3. *El temps dedicat per dones i homes al treball no remunerat: de cura i domèstic*, segons l'Enquesta de Salut de Catalunya (2021) en dies feiners les dones dediquen una mitjana de 2 hores diàries a les activitats domèstiques i els homes, 1 hora. Els caps de setmana, la mitjana d'hores dedicada per les dones és de 3h, i en el cas dels homes, quasi 2. El 39% de les dones consideren que són elles qui s'ocupen principalment de les feines de la llar, i el 28% afirmen que se n'ocupen elles i les seves parelles.

Les dades de les entrevistes realitzades a les llars familiars en el marc d'aquesta tesi mostren que a l'entorn rural lleidatà el grau d'equitat en la col·laboració entre gèneres en les tasques domèstiques d'1 (molt baix) a 10 (molt alt) és en un 63,9% dels casos de molt baix (puntuació "1" i "2"); 7,2% molt alt (puntuació "9" i "10"). La resta, el 16,8% puntuen entre "6" -"8" i un 12% puntua entre "3-5". Per altra banda, el grau de col·laboració entre homes i dones en la cura de les persones grans en situació de dependència d'1 (molt baix) a 10 (molt alt), és en un 43,5% molt baix ("1 i 2") i un 11,9% molt alt ("9 i 10"). Un 27,2% considera una col·laboració baixa (puntuació entre 3 i 5) i només un 10,8% com a mitjana-alta (6-8).

Els resultats corroboren que en moments de crisi econòmica, les famílies duen a terme *estratègies de refamiliarització*, i que aquestes afecten les dones com a principals agents de treball de cures. Això s'observa a diferents punts del territori arran de la crisi econòmica de 2008, i també es constatà arran la darrera pandèmia COVID-19. Quan sobrevé una crisi, es reforcen els rols cuidadors i aquests recauen, com havia estat sempre, a mans del gènere femení. Com afirma Comas d'Argemir (2015) la crisi econòmica de 2008 i les polítiques d'austeritat dels governs conservadors al 2011, contribuïren a retallar la despesa pública i refamiliaritzar l'atenció.

El problema central de la tesi rau en les respostes a aquest objectiu: **la sostenibilitat actual de les cures al món rural és amortida en exclusiu i mitjançant atenció directa, majoritàriament per les persones que conformen la llar familiar de la**

persona gran amb limitacions en la seva autonomia, i dins d'aquesta, pel gènere femení.

Bàsicament, el nucli de la tesi es presenta aquí. Les darreres generacions que estan garantint i amortint la cura dels grans, que corresponen al gènere femení i actualment es troben en la seixantena, no tenen relleu generacional en relació a les tasques de cura. Aquestes generacions van néixer a la postguerra, entre les dècades dels anys cinquanta i primeres dels seixanta del segle passat. Es criaren i socialitzaren durant els darrers anys de l'època franquista, i visqueren uns valors d'alta coerció moral dins a la família, alta generització en els rols familiars. Alhora, han abordat canvis substancials entre un món rural tradicional i són testimonis directes de les transformacions generades per la nova ruralitat. Són la generació que afirma "a mi no em cuidarà ningú" i "no desitjo que els meus fills o filles facin el que jo he fet". *Hi ha un punt d'inflexió representat per la figura d'aquestes dones al món rural.* Això és constatat en els dos grups de discussió, que mostren la transició de la família pairal a noves formes de viure el sistema d'obligacions familiar, relacions intergeneracionals diferents, augment de les mobilitats geogràfiques per part de fills o filles descendents, reducció del nombre de persones en les llars familiars, augment de formació i capacitació professional per part de fills i filles, i altres.

Segons l'Informe *Older people in the UE rural areas (2020)*, tal com s'ha esmentat anteriorment, la *previsió de persones en edat de generació suport disminueix*, fet que amb l'augment del sobreenvelliment impacta en l'atracció de noves persones pobladores, fet que perpetua el despoblament rural.

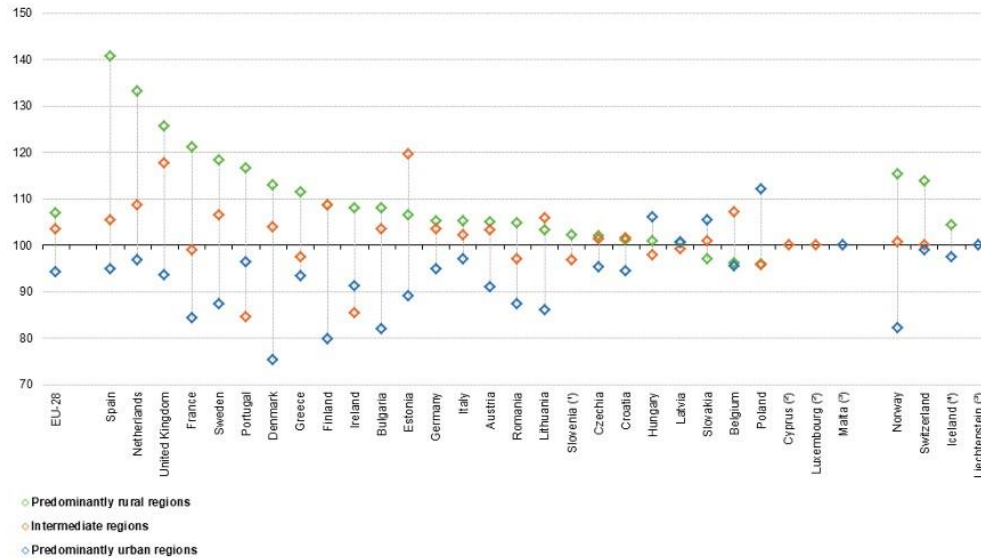
In areas that are predominantly of a rural nature, the old age dependency ratio was higher than 50 % in January 2017. This means there were fewer than two people of working age for every elderly person. It is suggested that this will lead to adverse impacts such as declining business activity. As the farming population ages, the younger population will be less attracted to a career in farming.

Segons aquest informe, si es compara en com es concentra la població de persones de més de 65 anys en termes d'urbà-rural, segons la mitjana europea els grans es concentren en un 42% en zones predominantment urbanes, el 38 % en zones intermèdies i el 20 % en zones rurals. No obstant, hi ha diferències entre països que, en el cas d'Espanya, la proporció de persones grans en zones rurals és molt alta, seguida pels Països Baixos i per França (Veure el gràfic 8.6)

Gràfic 8.5 Proporció de persones grans per tipologia rural-urbana UE

Figure 1 – People aged 65 years or over by urban-rural typology (2018)

(% share of total population living in each type of region = 100).



Source: Eurostat.

Font: European Parliamentary Research Service (EPRS) a partir d'Eurostat (2020)

La despoblació de les zones rurals cau en un “cercle viciós complex”, segons *Shrinking rural regions in Europe* (2017), el qual s’interrelaciona amb factors socials i econòmics que afecten als desafiaments de la governança i el desenvolupament rurals. En el cas lleidatà, la reestructuració rural, introdueix l’element de la demanda temporal de migrants d’origen estranger, sobretot a les comarques de Ponent. Al mateix temps, la manca d’oportunitats laborals qualificades promouen la mobilitat geogràfica dels i les joves nascuts a les comarques rurals, fet que provoca que la població més qualificada marxi. Les participants en el treball de camp, i en concret en els grups de discussió format per dones pertanyents a l’estructura pairal familiar i dones que compaginen el treball de cures i el treball remunerat, les filles, més que no pas els fills varons, han marxat de les comarques rurals, han estudiat i viuen o a l’estranger o en àrees urbanes molt allunyades. Es constata en aquesta tesi el fenomen de la fugida il·lustrada de les dones pertanyents a les generacions entre 20 i 35 anys al món rural.

Canvis intergeneracionals en el sistema d’obligacions familiars

Les formes d’organització familiar a les comarques lleidatanes viuen una transició entre els sistemes d’obligació i de cura familiar tradicionals que havien estat vigents durant segles, això és la família pairal catalana, que aplegava producció i reproducció dins el

mateix espai familiar, dins d'una estructura agrària, a formes protagonitzades per una estructura familiar nuclear, que auguren i transiten a noves estructures familiars postpatriarcals o postfamiliars, pròpies del segle XXI.

Taula 8.7 Transicions familiars a la Catalunya rural en relació a la cura familiar

Estructura familiar pairal catalana	Estructura postpairal actual (en transició) S.XX	Estructura noves formes de família s.XXI
Alt patriarcalisme: centralització del poder en l'hereu, la dona del qual (la jove) havia de cuidar els sogres.	Crisi del patriarcalisme. No existeix obligació forçada o tàcita a cuidar sogres o grans, però sí moral (als propis pares i mares).	Diversitat de formes familiars Independència dels vincles amb els familiars grans.
Família extensa	Predomini família nuclear Minva l'expectativa de ser cuidats o cuidades en un futur pels fills/es.	(augment cohabitació, divorcis, separacions, relacions entre diferents sexes o igual) relacions afectives provisionals o amb compromís limitat)
La sogra representava el poder intern de la mestressa de casa i sovint administrava econòmicament les despeses de la llar	Diversitat d'opcions d'administració de la llar, descentralització dels comptes familiars en parelles de doble sou.	Individualització progressiva de les decisions econòmiques.
Les dones s'havien socialitzat sota una forta generització i aquesta era viscuda com a "natural". Dominació social de les dones mitjançant coerció moral i religiosa.	Procés de "desnaturalització" del treball de cures Transició entre la "culpabilització" o "influència del pes moral tradicional" i la consciència de gènere	Voluntat d'elecció lliure de l'acte de cuidar.
Divisió sexual de les tasques de reproducció social	Progressiva participació per part del gènere masculí en les tasques familiars i canvis en els seus rols familiars, tot i que encara és incipient i el seu paper és auxiliar ("ajuda" o "col·laboració")	Participació d'ambdós gèneres en les diverses tasques domèstiques, quan són compartides.
Alta asimetria de poder: vertical i jeràrquic	Poder compartit (amb vestigis, per una part de la població, de sexisme i violències masculistes)	Poder individualitzat (ningú hauria de sotmetre ningú)

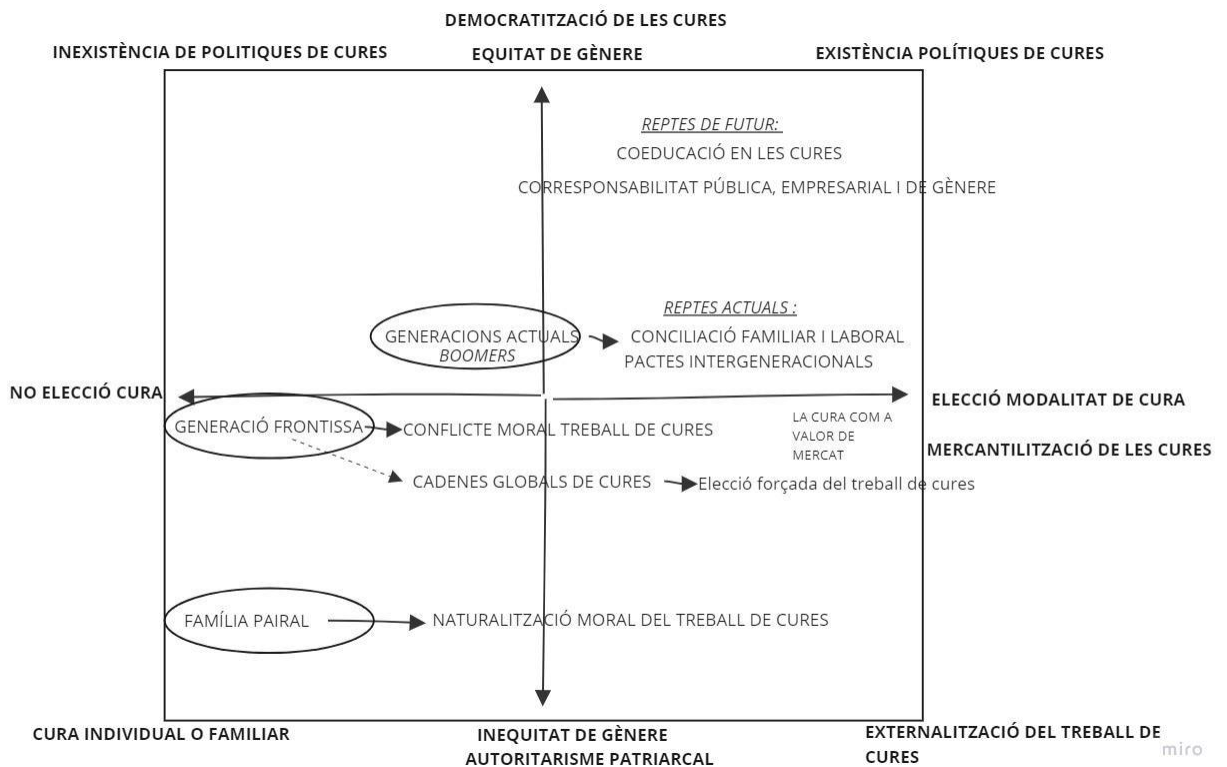
<p>No hi havia espai per a la decisió individual personal, allò col·lectiu primava sobre l'interès individual</p>	<p>Qüestionament del fet de cuidar, entès com a obligació compartida amb equitat.</p>	<p>Delegació de la cura, privatització i externalització de la cura o assumpte lliure d'aquesta.</p>
---	---	--

Font: Elaboració pròpia

8.2.5 NOVES RELACIONS ECONÒMIQUES ENTRE LLARS I DONES MIGRADES

Com s'articulen al territori lleidatà noves relacions econòmiques entre llars familiars i dones migrades en relació a la cura de les persones grans amb necessitats de suport? Aquesta és la qüestió que respon al cinquè objectiu de la tesi, centrat en **el fenomen de les cadenes globals de cures al món rural, en el marc del capitalisme global i les seves repercussions en el gènere.**

Figura 8.3 *Models de cures i equitat de gènere*



Font: Elaboració pròpia

8.2.5.1 Trets distintius de la dinàmica migratòria femenina al territori lleidatà

Segons IDESCAT (2022), Lleida presenta un percentatge mitjà de persones d'origen estranger del 20,69%, lleugerament per sobre de la mitjana catalana (16,3%). La distribució és desigual, ja que és a les comarques de la plana de Lleida, les més poblades, on se'n concentra la major part: la Segarra (28,3%), el Segrià (20,1%), l'Urgell (19,6%) Pla d'Urgell (19,5%) i la Noguera (17,6%), en contrast amb l'Alt Pirineu i Aran (Alt Urgell, 13,25%; Aran 16,5%; Pallars Jussà 14%, Alta Ribagorça, 12,2%; Pallars Sobirà 9,53%. Pel que fa al sexe, les dones constitueixen el 44% (el 48,3% al conjunt català) del col·lectiu migrant, i els homes el 56,38% (el 51,6% al conjunt català).

Els trets distintius de Lleida en relació amb la dinàmica migratòria femenina són els següents:

- Els ritmes d'escalada de la immigració femenina varien segons el lloc d'origen i les destinacions. A Lleida, el col·lectiu d'africanes va ser el més nombrós als inicis del boom migratori, però, a partir del 2005, l'arribada d'efectius de l'Europa de l'Est es va accelerar fins que van esdevenir el primer col·lectiu. A aquest fet hi va contribuir l'entrada de Romania i Bulgària a la UE el 2007. Les dones procedents de l'Amèrica del Sud van ser capdavanteres en les migracions femenines, com a treballadores dins el sector domèstic i de les cures, i la seva presència mostra un ascens sostingut fins al 2009.
- Segons el lloc de procedència, s'observa que el grup més nombrós de dones d'origen estranger residents a Lleida, provenia segons IDESCAT (2021), de la Unió Europea (41%), majoritàriament de Romania i Bulgària; el segueix el grup de dones del continent africà (32%), amb el Marroc, el Senegal i Algèria com a països més representats; el de l'Amèrica del Sud (10,9%): Colòmbia, el Brasil, Veneçuela i Hondures; l'Europa extracomunitària (7,5%), amb un predomini d'Ucraïna i Rússia, i, finalment, Àsia i Oceania (4%: la Xina, el Pakistan i l'Índia), i l'Amèrica del Nord i Central (3,8%).
- La distribució territorial dels efectius migratoris en el cas de Lleida és desigual i es concentra, de la mateixa manera que la població general, a les comarques de la plana; la seva presència és, doncs, més reduïda a l'Alt Pirineu i Aran. La distribució de les dones segons el lloc d'origen varia en algunes comarques de l'Alt Pirineu: a l'Alt Urgell hi predominen portugueses i marroquines, i a la Cerdanya, bolivianes i colombianes. Al Pallars Jussà i a l'Urgell, les marroquines

són el grup més nombrós. A les comarques de la plana de Lleida hi ha un predomini de romaneses (al Segrià, la Noguera, el Pla d'Urgell, les Garrigues i la Segarra, comarca, aquesta darrera, on hi ha un grup nombrós d'Ucraïna).

- Segons dades relatives a l'afiliació laboral (IDESCAT, 2019), d'un total de 35.750 dones d'origen estranger empadronades a Lleida només un 36% figuren com a afiliades a la Seguretat Social i d'aquestes, un 8% (1.058 dones) treballen afiliades al règim especial de treball a la llar. La resta correspon a dones no afiliades, de les quals un nombre difícilment determinable duen a terme treball informal.

8.2.5.2 Cadenes globals de cures feminitzades a Lleida

Els resultats de l'estudi Cadenes Globals de Cures feminitzades, constaten:

- *Una progressiva privatització i mercantilització del treball de cures*, en què s'efectua un traspàs al mercat de les tasques de cures (abans no remunerades i dutes a terme pels membres femenins de la família). En aquest traspàs, es fa ús del sector privat, predominantment (un sector que va des de l'economia convencional fins a l'economia submergida) en molts casos mitjançant entitats intermediàries que gestionen les ofertes i demandes de treball. Existeix privatització de les cures en el sentit que són delegades fora de la família, a persones particulars, sovint mitjançant treball informal; a entitats privades i a empreses privades sorgides en els darrers anys per a donar resposta a l'augment progressiu de la demanda de cures. Aquest augment de la demanda de treball de cures respon tant a la transformació del paper de la dona i al canvi en la manera d'entendre el sistema d'obligacions familiars com a l'augment de l'esperança de vida, al sobreenvelliment i a les necessitats emergents vinculades a situacions de dependència dins les famílies. Es constata mitjançant triangulació de dades, que les administracions públiques, per la seva banda, fan ús de la gestió privada a través de l'externalització de serveis d'atenció domiciliària-derivats de la Llei de la Dependència- fent una transferència monetària a entitats com la Cooperativa Suara a Lleida o a la Fundació Pere Mata a la comarca de la Noguera.
- *Es treball de cures es duu a terme a les comarques de Lleida en un context econòmic d'un alt grau d'informalitat i desregulació.* És per aquest motiu que hi

accedeixen dones d'origen estranger en condicions d'irregularitat. Les empreses privades manifesten que no hi ha supervisió ni control, per part de les administracions públiques, de les condicions socials i laborals en què es duu a terme aquesta feina. El lliure mercat afavoreix la llibertat d'elecció i de circulació de les persones que hi treballen, així com l'explotació econòmica i l'assetjament moral a què se les sotmet, ja que no hi ha cap mena de control, exigència o supervisió sobre les pràctiques laborals. La figura dels sindicats i d'algunes entitats socials són claus, ara mateix, a l'hora de donar suport i informació a les treballadores de cures.

- Segons les dades, que es triangulen amb les anteriors, de forma que incorporen elements de validesa als resultats, les famílies majoritàriament opten per mantenir els familiars a casa, si bé hi ha posicions que alternen la preocupació i la delegació o transferència del treball de cures. *No es qüestiona en cap grup el paper actiu en el treball remunerat de les dones lleidatanes, ni s'apel·la al sistema tradicional pairal de cures, ni a concepcions morals o religioses sobre el deure de fills i filles a cuidar els pares.* Així i tot, els grups de discussió debaten sobre qui és realment responsable de la cura de la gent gran. El fet que es plantegi aquesta qüestió suposa un reconeixement implícit de la transformació real de les pràctiques familiars i de les necessitats de les famílies. Les administracions públiques no assumeixen la responsabilitat de les cures al·legant que és a les famílies a qui correspon fer-se'n càrrec, per més que els serveis d'atenció a les persones derivats de la LAPAD hi puguin ajudar.
- Les treballadores de cures d'origen estranger són l'únic col·lectiu que posa èmfasi en les necessitats emocionals i afectives de les persones grans. El fet que cap altre grup no en parli resulta significatiu. El col·lectiu entrevistat parteix de cosmovisions diferents a la cultura individualista occidental *i apunta a elements com la desesperació de les persones grans, les seves necessitats urgents d'afecte i la soledat extrema en què viuen.* Els grups de discussió assenyalen un xoc cultural molt important en la comunicació i el coneixement entre persones d'origen estranger i familiars. Ho indiquen tant els uns com els altres. Els familiars, situats en un estrat social més alt, posen de manifest reserves i desconfiances, expressen lliurement prejudicis i faltes de respecte i poden incórrer en vulneracions dels drets socials i laborals, mentre que les persones immigrants es mostren receptives, obertes i col·laboradores amb les famílies

malgrat no comparteixin visions ni valors en relació amb el sistema de cures i la família com a institució occidental. Les administracions públiques manifesten que “cal fer pedagogia” per a evitar *l'alt nivell d'estigmatització i de selecció per estereotips racialitzats d'aquestes treballadores*, alhora que es mostren impotents per a fer front a aquest fenomen.

- En relació al gènere, es constata la *feminització del treball de cures* i només de manera incipient, es refereixen casos d'homes que duen a terme aquesta feina a les terres de Lleida, els quals gaudeixen d'una consideració social positiva.
- Existeixen factors diferencials entre l'àmbit rural i l'urbà. En el món rural encara funcionen les xarxes informals, la solidaritat veïnal, el boca-orella i l'exercici de la cura familiar. Els models tradicionals de cobertura de les cures encara promouen, quan és possible, la cura directa per part de la família, i la transferència de la cura és més una “ajuda” o un “reforç” que una delegació plena.
- Les treballadores de cures autòctones i les d'origen estranger coincideixen en el fet que, tot i que ells són qui duen a terme el treball directe amb les famílies i la gent gran, disposen de molt poca informació per part de les empreses intermediàries, siguin entitats a les que s'han externalitzat els serveis des d'un consell comarcal o bé empreses privades. Alhora, acusen falta de reconeixement, invisibilitat, infravaloració de la pròpia feina, per contrast amb el nivell d'atenció que les empreses dispensen al seus clients i famílies.

8.2.5.3 Tendències i escenaris de futur

Aquesta anàlisi aporta elements clau a l'hora de comprendre la lògica i les condicions socials i econòmiques en què moltes dones d'origen estranger emprenen un projecte migratori que les condueix a formar part d'aquest nou ordre reproductiu global que es manifesta a través del fenomen anomenat *Cadenes Globals de Cures*. Aquestes cadenes constitueixen una aparent solució a la necessitat de transformar o canviar la vida d'aquestes dones, alhora que són un suport davant la necessitat de les famílies de tenir cura dels seus familiars en situació de dependència. En molts casos, suposen una estratègia per a la supervivència familiar per a ambdues parts: per una banda, les dones migrades, a través de l'enviament de remeses als països d'origen, sostenen la seva

família extensa; per l'altra, les dones lleidatanes treballadores, davant l'envelliment dels grans de la família, les tensions de la llar, la doble o triple presència, les dificultats de conciliació i la manca de corresponsabilitat masculina i pública, fan ús de la disponibilitat d'altres dones globals. Si aquest intercanvi fos equitatiu o socialment just, si ambdues parts hi sortissin guanyant de la mateixa manera a través d'un treball decent (OIT), que vol dir una atenció adequada a les persones de la llar i unes condicions laborals i socials que optimitzen la vida d'ambdues famílies, podria parlar-se d'una relació laboral simètrica. Ara bé, la recerca constata que nostra realitat no és aquesta. El context socioeconòmic actual, caracteritzat per un sistema d'organització del treball postfordista, ha introduït una alta flexibilització social i tècnica i ha desregulat l'ús de la força de treball. El capitalisme actual d'arrel neoliberal se sosté en la mercantilització de la força de treball dels menys afavorits; en el cas que ens ocupa, de les dones migrades.

Els resultats de la recerca dibuixen un escenari lleidatà caracteritzat per les següents tendències:

1. Crisi en la capacitat d'organitzar i assumir la reproducció social. La recerca posa de manifest que les persones grans prefereixen esgotar els seus anys de vida a casa seva "mentre sigui possible"; que "les residències no són la solució: n'hi ha poques, són molt cares", i que optar per la "cura a casa" ofereix més qualitat de vida a les persones dependents. La figura de la cuidadora informal familiar encara és vigent a la Lleida rural, però aquest perfil de dona madura permanentment disponible que cuida grans, nets i malalts, i que constitueix una extensió de la família troncal tradicional catalana, va en declivi, atesa la incorporació majoritària de les dones al mercat del treball remunerat fora de casa. La manca de relleu en el treball de cures dona lloc a la necessitat de desplegar noves estratègies d'organització i resiliència amb vista a atendre els familiars grans dependents. El marc actual dibuixa una crisi en la capacitat d'organitzar i assumir la reproducció social en escenaris cada cop més desiguals, amb un mercat laboral inestable i precari, que condiciona la capacitat individual d'organitzar-se. D'aquí ve el que s'ha anomenat "crisi de cures".

2. Crisi de cures i binomi preocupació-delegació. Les famílies lleidatanes, heterogènies, per bé que formades, majoritàriament, per un sol nucli familiar, i cada cop més unipersonals, atomitzades i individualitzades, viuen sotmeses a noves tensions, que suposen "càrregues, responsabilitats i estrès", situacions que incideixen directament en les dones (doble o triple presència). Això ha donat lloc a una crisi de cures en un marc de transformació de les estructures tradicionals pel que fa a la divisió

sexual del treball. I s'ha fet visible quan han convergit la presència massiva de les dones en el mercat laboral i l'augment de les situacions de dependència vinculades a la vellesa i a la discapacitat. Així, l'espai domèstic s'ha transformat i les tasques de reproducció social que hi tenien lloc s'han reduït. El temps que es passa a casa generalment es relaciona amb moments de descans, alimentació i cura d'infants i de grans o de manteniment de la salut; l'espai domèstic es relega al retorn de la feina productiva, que, de forma majoritària, es fa fora de casa. Les enquestes sobre l'ús del temps (2010) en relació amb el gènere constaten, en el cas de les parelles de doble ingrés, que, en un context de substitució del model tradicional d'un sol proveïdor pel model de dos perceptors d'ingressos, el treball domèstic i de cures que es duu a terme dins les llars de manera no remunerada continua sent assumit per les dones, que suporten una càrrega global de feina de quaranta minuts més que els homes i es fan càrrec del 70% de les feines domèstiques i de cures. Així doncs, les dones s'han incorporat al món laboral sense que s'hagi produït una redistribució del treball domèstic i de cures i sense que els homes se n'hagin corresponsabilitzat.

3. El paper de la família com a responsable de la cura dels seus membres. Tot i que la major part de les cures són assumides per només la meitat dels membres de la nostra societat, encara existeix un discurs de la "responsabilitat familiar" en relació amb les cures i les tasques de la llar que no al·ludeix al paper que hi haurien de tenir els homes. Curiosament, entre les persones participants en la recerca, no s'ha recollit gairebé cap apel·lació a la responsabilitat masculina en les tasques reproductives. En aquest sentit, Pérez Orozco (2014) apunta: "Ni es mira l'àmbit de la reproducció, ni es mira les dones que sí que són en l'àmbit de la producció, ni s'intenta visualitzar i explicar la desigualtat de gènere." A la pràctica, doncs, continua imperant l'associació del treball amb el salari, o el "patriarcat del salari" (Federicci, 2018), de manera que tota feina que no passa pel mercat i l'economia no es considera treball. En el capitalisme, l'existència del treball familiar domèstic disminueix el cost de la força de treball i augmenta la taxa de guanys, igual que ho fa l'actual precarització del mercat laboral (Dalla Costa, 1995; Carrasco, 2001; Picchio, 2001). Aquest fet s'apunta en un dels grups de discussió: "la població gran va en augment i la solució no passa per les cures informals a través de les persones immigrants, això és un parxe"; "això passa perquè estem en un sistema patriarcal". Ara bé, aquest discurs no es desenvolupa, queda en l'aire. Per altra banda, es planteja la qüestió de qui és realment responsable de les cures, a propòsit de la qual sorgeixen dos discursos. L'un, sostingut per representants d'algunes administracions públiques que gestionen el SAD als respectius territoris, atribueix la responsabilitat "a

les famílies”: “la responsabilitat sempre, jo entenc, que és de la família” —s’hi suma la veu d’una empresa privada: “no, l’Estat no pot tenir la responsabilitat de la cura, impossible”. L’altre considera que la cura “ha de ser compartida” i que “la persona important és la persona que necessita cura”: “allí intervenen els familiars, intervé l’administració, intervé el mercat, intervenen varis factors, lògicament ningú ha de tenir un pes més important que l’altre, perquè han d’intervenir tots en les situacions que convingui” (ASPID, Lleida). Per la seva part, els familiars de persones en situació de dependència contractants de dones d’origen estranger consideren que la família és responsable de la cura, però que, això no obstant, “necessita ajuda”, ja que no pot dedicar tot el seu temps a aquesta tasca. La seva posició és que “la família ha de ser el pilar fonamental de la cura, però, sovint, la càrrega no es reparteix de forma equitativa entre fills i filles. La família és la principal responsable de la cura, però no l’única, ja que les dones no poden estar vint-i-quatre hores pendents d’una persona amb gran dependència”. En general, l’atribució de responsabilitat directa a l’home en les tasques de cura no sorgeix, s’eludeix. Aquestes dades es triangulen amb les anteriors, corresponents al primer objectiu d’aquesta tesi, en relació als resultats dels qüestionaris aplicats a les llars familiars.

4. El paper de l’Estat en relació als serveis d’ajuda a la dependència. La recerca confirma el paper minimalista, insuficient, escàs, de la resposta de l’Estat a les necessitats de les persones en situació de dependència i les seves famílies: les administracions públiques, segons les treballadores que exerceixen treball directe amb les persones en situació de dependència o en el servei d’atenció domiciliària, cobreixen “necessitats molt avançades per part de les famílies i persones grans; s’hauria d’actuar abans”, o cobreixen “un mínim i superficial nivell de necessitats de la persona [...] diuen que no hi ha diners”. Lleida és un exemple de territori d’un país mediterrani o de l’Europa del sud on el benestar de les persones descansa en les famílies, on el familisme tradicional es converteix en “familisme transnacional” (Näre, 2013). Tal com s’ha vist, les polítiques públiques actuals segueixen atribuint a les famílies la responsabilitat de la provisió de les cures, i les llars familiars segueixen sent el repositori on es troben les estratègies per fer front a l’envelliment poblacional (Ambrosini, 2013; Marchetti, 2015). En paral·lel, la nostra economia —com ja s’ha dit—, caracteritzada pel postfordisme, l’alta flexibilització social i tècnica i la desregulació de l’ús de la força de treball, posa fàcil a les famílies disposar de mà d’obra a un preu baix, sovint de forma irregular. Ara mateix, gairebé una de cada cinc persones residents a Lleida són d’origen estranger, i hi ha un excés de mà d’obra cercant feina. En aquest sentit, a la realitat d’un Estat dèbil

s'hi afegeix la de l'externalització al mercat, a la gestió privada, d'una part dels serveis que presta: “des dels serveis socials vam externalitzar el servei d'atenció domiciliària, perquè des del consell comarcal ens és impossible assumir aquesta feina directament”. En el cas de les comarques rurals lleidatanes, on la dispersió dels nuclis és molt gran i la densitat de la població, molt baixa (35,73 hab./km²), els costos de desplegar i fer arribar els serveis són més elevats: “també hi ha pobles que són tan petonets que no tenim treballadors i els tenim que portar de fora, amb el que això suposa d'incrementar el cost del servei. [...] Actualment, nosaltres ni trobem ni treballadores de neteja, ni treballadores familiars que vinguin a fer el servei. Llavors comença a créixer la llista d'espera”. Així mateix, s'adverteix clarament que en el mercat de cures es treballa d'una forma predominantment desregulada, ja que, per una banda, els consells comarcals tenen dificultats per contractar persones que s'adeqüin a la seva estructura legal, als requisits de formació i acreditació i/o experiència provada, i, per l'altra, existeix una amplíssima oferta de persones que exerceixen aquesta feina privadament i en condicions d'irregularitat.

5. Mercantilització de les cures, mercat de cures i cadenes globals de cures. Ja fa més de vint anys, als anys noranta, quan tot just es consolidaven els processos de mundialització de l'economia, moltes dones deixaven el seu país d'origen, empobrit, per cercar més ingressos en països enriquits. Va ser aleshores que va sorgir el concepte *Cadenes Globals de Cures*, que es pot definir com els vincles que es creen a través de la importació i l'extracció de la cura i afecte dels països empobrits o del sud global als països enriquits d'Occident. Les persones immigrants, majoritàriament dones, duen a terme una part del treball reproductiu dels països més rics alhora que han de delegar les seves responsabilitats familiars a altres dones de la família que romanen al país d'origen (àvies, tietes o cosines) o bé a treballadores connacionals amb menys recursos (Hochschild i Ehrenreich, 2000). Aquests “circuitos globals de supervivència” (Sassen, 2003) es van formar davant la disminució del poder dels estats en el marc de la globalització i del sorgiment del fenomen de la ciutat global —plataforma organitzativa formada per les relacions entre el nord i el sud globals. La “fuga de cures” (Ehrenreich i Hochschild, 2003) en molts casos va provocar una crisi d'activitat als països emissors, com a Sri Lanka, on moltes dones treballaven als països àrabs (Jordània, Qatar, etc.) mentre els seus familiars, majoritàriament dones, es feien càrrec dels seus fills, i els marits, en veure qüestionat el seu paper com a guanyadors de pa, queien en l'alcoholisme (Ehrenreich i Hochschild, 2003), o a les Filipines (Salazar Parreñas, 2000). Van sorgir així les famílies transnacionals o maternitats a distància (Sorensen i Vammen,

2013), protagonistes de les cadenes globals de cures. La globalització ha comportat noves formes d'estratificació social, una estratificació global que s'ha relacionat amb les cadenes globals de mercaderies (Yeates, 2009). Yeates fa un paral·lelisme entre els processos d'internacionalització i outsourcing de l'economia i les cadenes que es generen, de tal manera que la subcontractació mobilitzaria una provisió de treball de cures a través de xarxes de parentiu i de no parentiu, igual que ho fan els mecanismes del mercat. Les participants en la recerca identifiquen aquestes cadenes: "Són aquestes dones que al seu país tenen família i que estan substituint el que nosaltres també fèiem a casa, perquè ens hem posat a treballar i ja no ho podem fer i en canvi lloguem aquestes dones perquè facin la feina que nosaltres no fem" (GD1: ajuntament de Lleida).

6. Augment i progressiva feminització de les migracions al territori lleidatà. A les terres de Lleida, el saldo migratori passa a ser positiu a partir del boom migratori del 2001, i s'hi manté fins al 2011, quan esdevé negatiu com a conseqüència de la crisi econòmica del 2008. Segons CERES-CITE (2017), a partir del 2009, el nombre de dones empadronades a Catalunya supera el d'homes. A partir del 2016, el saldo es recupera: el nombre de persones que arriben torna a superar el de les que se'n van, i el nombre de dones continua superant el d'homes. El 2020, els efectius immigrants residents a les nostres comarques suposen el 17,5% de la població lleidatana. El nombre d'homes és superior al de dones (44%), però es constata que en els darrers cinc anys hi ha hagut una progressiva feminització de la immigració, que ha variat segons el lloc d'origen: el nombre de dones llatinoamericanes procedents del Brasil, Bolívia, Hondures, l'Argentina, Colòmbia, Cuba, el Salvador, Mèxic, Nicaragua, el Paraguai, el Perú, l'Uruguai i Veneçuela és significativament superior al d'homes. El mateix passa en el cas de les dones russes, romaneses, búlgares, ucraïneses i poloneses, tot i que la diferència és més petita. Pel que fa als països africans i asiàtics, hi ha hagut una important masculinització de la immigració. El 2019, el 41% de les dones immigrants provenien de la resta de la UE, majoritàriament de Romania i Bulgària; el 32%, d'Àfrica: el Marroc, el Senegal i Algèria; un 10,9%, de l'Amèrica Llatina, sobretot de Colòmbia, el Brasil i República Dominicana, un 7,5%, de la resta d'Europa, amb predomini d'Ucraïna; un 4%, d'Àsia i Oceania: la Xina, el Pakistan i l'Índia, i un 3,8%, de l'Amèrica del Nord i Central. En la recerca han participat dones europees, africanes i llatinoamericanes, i aquelles amb qui ha resultat més fàcil contactar han estat les darreres. A Catalunya, les dones llatinoamericanes representen tres quartes parts de les dones estrangeres ocupades en el treball de la llar —el percentatge més elevat. Entre

les treballadores d'aquesta procedència, hi ha un gran nombre d'hondurenyes i bolivianes (CERES, 2017).

7. Consolidació d'una estratègia de reprivatització de les cures familiars a través del treball domèstic. Les cadenes globals de cures permeten que les famílies consolidin una nova estratègia o solució: "Veiem que hi havia moltes dones que buscaven feina de cura, molta gent que buscava gent per cuidar i una necessitat de professionalitzar aquesta cura" (GD1: empresa privada). En aquest sentit, els resultats de la recerca corroboren les afirmacions de Pérez Orozco (2014) segons les quals les cadenes globals originen una reprivatització de les cures, ja que en continuen fent un afer que es resol en l'àmbit domèstic, amb els recursos de què disposen les llars privadament: temps per cuidar de franc o diners per comprar a altres persones el subministrament de cures. Les cadenes actualitzen l'ètica reaccionària de la cura i reconstrueixen la naturalització del vincle de les dones amb la cura, de manera que la masculinitat resta immòbil. El nexce entre cura i desigualtat es rearticula, i cada cop ve més marcat per alineaments de l'hegemonia global i per l'estatus migratori. Malgrat la necessitat, expressada per les participants, que el treball de cures es professionalitzi, i que es reconegui i valori com qualsevol altra feina, l'actual legislació del sector dels serveis personals i domèstics a la llar (Reial Decret 1620/2011, de 14 de novembre) posa obstacles a l'equiparació d'aquesta activitat laboral amb les altres. El decret articula el treball de cures com a relació laboral "especial", cosa que impedeix que sigui dut a terme amb els mateixos drets (dret a l'atur) que qualsevol altra feina. Això es justifica amb l'argument que l'àmbit on es duu a terme, la llar familiar, està vinculat a la intimitat personal i familiar i és aliè al comú de les relacions laborals que s'estableixen en entorns d'activitats productives emmarcades en l'economia del mercat. També s'addueix que en una llar familiar és una relació de confiança especial allò que presideix, des del seu naixement, la relació laboral entre el titular de la llar i les persones que hi treballen. Aquest decret assimila les tasques domèstiques al treball de cures, sense tenir en compte que el treball de cures es duu a terme amb persones, que implica, doncs, una relació humana, un desgast psicològic i un compromís que el fan inequívoc amb el treball domèstic. El decret afegeix que "L'objecte de la relació són els serveis prestats per a la llar familiar, entesos com qualsevol de les modalitats de les tasques domèstiques", des del manteniment de la casa fins a l'atenció a les persones que en formen part. Inclou "els serveis de guarderia, jardineria i conducció de vehicles si es presten per a la llar". El treball de cures, una vegada més, queda invisibilitzat i menystingut. Recordem que les cures es defineixen com una varietat d'activitats i

relacions que promouen el benestar físic i emocional de persones que “no poden o no són proclius a realitzar-les per si mateixes” (Yeates, 2004). En la seva consideració de treball, ja van ser reconegudes a partir dels debats lligats al treball domèstic dels anys setanta i vuitanta del segle passat, primer en el moviment feminista i després en el debat acadèmic. Entenem el treball de cura com l’espai d’activitats, béns i serveis, tant materials com socials, necessaris per a la reproducció i el manteniment de la vida de les persones (Picchio, 1999). Actualment, tant l’OIT com l’OCDE el reconeixen com a treball, sigui remunerat o no. El treball de cures remunerat és realitzat en una gran diversitat de serveis a les persones: el personal d’infermeria, els metges i metgesses, els treballadors i treballadores de cura personal. Els treballadors i les treballadores del servei domèstic, que presten cura directa i indirecta a les llars, també integren la força de treball dedicada a la prestació de serveis (OIT, 2017).

8. Transferència de les cures a altres dones d’origen estranger. Les famílies lleidatanes, davant les tensions generades per la pressió de cuidar, transfereixen i externalitzen les cures, que passen a inscriure’s en els circuits de la globalització en virtut de la contractació generalitzada de cuidadores estrangeres (Comas D’Argemir, 2014). Així doncs, “la crisi del model patriarcal de família implica la crisi del model d’organització de la cura” (Brullet, 2014), i, en no haver-hi ajudes públiques, les cures es mercantilitzen. Això al·ludeix al paper de les dones dins la nostra societat: les mateixes dones contribueixen a perpetuar les desigualtats de gènere a través d’aquesta delegació, transferència o externalització de les cures a altres dones? Quin paper hi té, el gènere masculí, en aquesta realitat? La manca de corresponsabilitat familiar en relació amb les tasques domèstiques i les cures, tot i que està entrant a l’agenda dels discursos polítics, és una qüestió pendent, irresolta, en la nostra societat. Cal doncs desenvolupar polítiques d’equitat de gènere efectives orientades específicament a implicar els diferents gèneres en les cures i polítiques educatives realment coeducatives. El problema central és la incompatibilitat, quant a temps i gestió, entre el treball remunerat fora de casa i el treball de cures no remunerat a casa.

9. Condicions laborals de les dones d’origen estranger que exerceixen el treball de cures a les terres de Lleida. La recerca posa de manifest que existeix una clara asimetria de poder en la realització del treball de cures remunerat com a intercanvi laboral (persona ocupadora i persona treballadora).

Les dones immigrants són objecte de múltiples opressions: per raó de gènere —sexistes—; en els àmbits jurídic i administratiu i en l'estratificació social —classisme—, i per motius religiosos, racials, de color de pell i lloc d'origen. Es vulneren, així mateix, els seus drets a la identitat pròpia i, en suma, els seus drets humans.

• **Asimetria en els rols de gènere, divisió sexual del treball i feminització del sector:**

els rols de gènere es perpetuen a través de la feina. Les tasques de cures actuen transversalment sobre les altres, és a dir, determinen el tipus de feina i les seves condicions i propicien violacions de drets. Pel fet de ser dones, les treballadores de cures són objecte d'assetjament sexual en el lloc de treball. En aquest sentit, es produeix una evident interseccionalitat en les desigualtats que afecten aquestes dones pel fet de ser-ho.

A) Si bé hi ha hagut diferències de gènere en l'educació i en els rols en què s'han socialitzat les dones als seus països d'origen —societats molt generitzades—, on impera una gran divisió sexual —els marits sovint són “possessius i masculistes”—, en alguns casos es produeix una ruptura amb els costums del país d'origen així que l'abandonen i adopten una vida autònoma, independent, a Espanya. Això no obstant, la nostra societat també presenta, en molts sentits, divisions estructurals per gènere, cosa que no permet, o limita, la seva emancipació com a dones. Per altra banda, es constata una certa dependència emocional respecte als homes, als quals busquen en arribar, sigui com a estratègia per aconseguir la regularització o per omplir un buit afectiu.

B) Algunes diferències de gènere són a la base de les desigualtats existents. Pel que fa als drets laborals, el treball de cures es manté molt submergit, de manera que sovint es desconeixen els drets que es tenen fins i tot en situació d'irregularitat. Alhora, el tipus de feina al qual accedeixen aquestes treballadores —caracteritzat per la segregació o la segmentació— està clarament feminitzat. Val a dir, però, que el treball intern és majoritàriament acceptat per dones (molts homes no acceptarien certes condicions d'aïllament i esclavatge). Així mateix, les dones d'origen estranger ocupen els estrats més baixos pel que fa al salari, la qualificació i les condicions laborals. El fet de ser dones incideix també en la seva taxa d'atur, que dobla la de les dones autòctones i supera en un 14,2% la dels homes d'origen estranger.

C) Les dones d'origen estranger són objecte de més discriminacions directes i indirectes per raó de gènere que les dones autòctones. És a dir, de discriminacions que no tenen una justificació objectiva o raonable. Caldria, doncs, que l'actual legislació adoptés polítiques de discriminació positiva adreçades a les dones d'origen estranger. L'article

1, apartat a, de la Llei 17/2015, d'igualtat efectiva entre dones i homes, té per objecte eliminar aquestes discriminacions, així com les desigualtats i la invisibilitat de la societat patriarcal. L'apartat b es compromet a reconèixer i tenir en compte el paper social i econòmic del treball domèstic i de cures de les persones que tradicionalment l'han dut a terme, les dones. L'apartat e garanteix que les polítiques públiques: 1) remouin els obstacles imposats per raó de sexe i que dificulten el ple dret de les persones; 2) contribueixin a erradicar els estereotips culturals que perpetuen les diferències de gènere; 3) assegurin el lliure desenvolupament de l'autonomia i les capacitats de les persones, i l'exercici de la plena ciutadania des del respecte a la diversitat i a la diferència; 4) afirmen i garanteixin l'autonomia i la llibertat de les dones perquè puguin desenvolupar les seves capacitats i interessos i dirigir la seva pròpia vida, i 5), s'estableixin les condicions per eliminar qualsevol tipus de discriminació de les dones i per promoure el seu empoderament.

D. Vulneració de drets humans bàsics per amenaces i assetjament sexual i psicològic. La recerca testimonia que s'exerceix assetjament per raó de sexe, d'acord amb el que estableix l'article 5 de la Llei 5/2008, de 24 d'abril, del dret de les dones a erradicar la violència masclista. I també assetjament sexual, i comportaments verbals i no verbals de naturalesa sexual, amb el propòsit d'atemptar contra la dignitat de la persona, i que creen un entorn intimidador, hostil, degradant, humiliant o ofensiu. En quatre de les setze entrevistes en profunditat realitzades la dona ha manifestat que ha estat assetjada sexualment. Només una de les dones assetjades ha intentat interposar denúncia, però s'ha fet enrere per por, en trobar-se en situació d'irregularitat, i perquè, per aportar proves mitjançant testimonis, havia d'implicar altres companyes, a les quals podia exposar davant la policia.

• **Asimetria en la relació mercantil o intercanvi laboral remunerat.** El treball de cures s'exerceix, en molts casos, com a treball informal o irregular. A Lleida, durant els darrers anys, segons dades mostrades per un participant al grup de discussió (G3) que treballa a CITE (CCOO) hi ha hagut un descens progressiu d'afiliacions a la Seguretat Social de persones d'origen estranger que treballen en aquest sector: 1.356 (2015); 1.301 (2016); 1.214 (2017); 1.148 (2018) i 1.050 (2019). Les dades públiques referents al nombre de persones que es dediquen al treball domèstic al nostre país no en revelen el nombre real, atesa la gran quantitat de persones —i, en una mesura més important, de dones immigrants— que hi treballen de manera informal. El treball submergit és afavorit per l'actual llei d'immigració, que condemna moltes dones al treball irregular per un període

llarg i indeterminat. En condicions d'irregularitat, existeix una gran arbitrarietat pel que fa als salaris, així com explotació laboral. La desregulació del mercat de cures facilita que empresaris o empresàries aprofitin la disponibilitat de la mà d'obra irregular per estalviar-se els costos de contractació. La manca de control d'aquesta feina provoca l'existència d'una gran varietat de modalitats contractuals, varietat que no és objecte de revisió. En molts casos, la legislació actual relativa al treball de la llar i de cures no s'aplica, i les famílies fan contractes a mida. L'absència d'un conveni col·lectiu en aquest sector fa que les persones treballadores estiguin desinformades, que no coneguin els seus drets laborals. El treball intern es caracteritza, tal com es constata, per l'alta irregularitat i per l'arbitrarietat i l'extrema desregulació salarial. Segons els testimonis entrevistats, les famílies paguen el que volen, aprofitant que hi ha una elevada quantitat de mà d'obra disponible.

• **Asimetria deguda a discriminacions per motius ètnics, religiosos, color de la pell i lloc d'origen.** Tots els grups de discussió coincideixen en el fet que hi ha estereotips racistes i molta discriminació per raó d'ètnia, color de la pell i religió (afecta més les dones musulmanes que duen mocador). El color de la pell continua sent determinant per a l'acceptació i la contractació en el treball de cures a domicili, de tal manera que les persones africanes de pell negra en són especialment excloses. Els estereotips culturals amb què s'estigmatitzen les dones condicionen directament les relacions d'intercanvi laboral. Aquest tipus de discriminacions amaguen una manca de reconeixement de la diversitat cultural, actituds de xenofòbia i racisme per part de la nostra societat, i una deficient acceptació "dels altres si no s'assemblen a nosaltres". Dels altres quan presenten trets culturals diferents, que no són vistos com a riquesa, sinó com a obstacle. Això es pot detectar en els comentaris que fan les famílies quan parlen sobre "la forma de cuinar" i "els sabors" dels menjars d'altres cultures, que, si no s'assimilen als nostres, no són acceptats. En aquest sentit, existirien actituds clarament assimilacionistes com a model d'integració cultural, molt allunyades del multiculturalisme o la interculturalitat. La recerca també posa en relleu menysteniment dels trets identitaris de la persona: algunes famílies canvien el nom de la noia treballadora, la rebategen amb un nom que els agrada més, que els és més fàcil de pronunciar o més familiar, sovint humiliant. Aquesta apropiació, objectificació, en el marc d'una relació que mercantilitza el cos i els trets d'identitat de la persona, suposa una clara discriminació i un atemptat contra la dignitat humana. La situació que es viu té una relació molt estreta amb el treball de cures, amb el valor de la cura i de la vida. Catalunya, igual que molts altres territoris, es troba enmig de dues lògiques o prioritats: l'una és economicista, individualista i de

mercat, i l'altra té a veure amb l'impacte social, amb les cures i amb la supervivència humana. Creiem que les polítiques públiques haurien d'obrir els ulls davant l'estat en què es troben les famílies en relació amb les cures i davant els col·lectius vulnerables que hi estan implicats. I, sobretot, urgeix una ruptura radical amb la societat patriarcal a favor de l'equitat de gènere i la corresponsabilitat en les cures.

Aquests canvis, immersos en una situació de crisi global de cures i de patriarcat, a una manca de relleu generacional en relació a les cures, es llegeixen també en el cas de Lleida, sotmès a un model social de benestar mediterrani, i, que tot i el pes de tradicions arrelades en l'imaginari social sobre quin ha de ser el paper de les dones en relació a la cura, posen sobre la taula el debat del *qüestionament de les estructures tradicionalment familistes i familiaristes*. I, en un marc neoliberal caracteritzat per una deficitària i precària corresponsabilitat pública, confirmada per les dades d'aquesta tesi, una reduïda o limitada resposta masculina, i l'adveniment del fenomen migratori, el nostre sistema social està configurant noves formes de reestratificació sexual del treball que substitueix antics "rols de gènere". La nostra societat està posant en *risc la dignificació del treball de cures i els drets de les persones grans a una cura digna*, permetent i participant tant a nivell públic com privat, de diverses formes de mercantilització en el marc d'una crisi de reproducció social.

8.3 Limitacions d'aquesta recerca

Aquesta recerca ha tingut un finançament molt limitat, fet que justifica les dificultats d'haver dut a terme, una mostra de qüestionaris a les llars familiars que sigui representativa a nivell estadístic. La mostra referent a les llars familiars requeria unes quatre-centes entrevistes a les llars, prenent com a base les dades oficials de la Generalitat de Catalunya sobre les persones amb expedient aprovat receptores d'ajudes a la dependència. No ha estat possible per motius de viabilitat, temps, economia i pel fet que la dimensió de l'estudi hauria requerit de l'ajuda d'un equip mínim. La mostra de llars tampoc ha estat aleatòria sinó que les llars entrevistades han estat possibles gràcies a contactes proveïts pels consells comarcals, en alguns casos, com per altres persones investigadores que han col·laborat en la cerca de llars familiars on hi vivien persones grans en situació de dependència. Cal dir, però, que no és fàcil que les famílies t'obrin les portes de la seva llar i accedeixin a respondre un qüestionari de tals dimensions sense una prèvia predisposició, confiança o molt bona voluntat. Es considera

però, que la informació provinent de les 92 llars entrevistades gaudeix de valor representatiu ja que ha estat realitzat sobre una mostra àmplia de comarques lleidatanes, fet que ha permès elaborar una descripció del perfil sociodemogràfic de les persones receptores de cures i de les persones cuidadores que viuen en llars rurals. Cal esmentar el fet que mentre es duïen a terme els qüestionaris, el *criteri de saturació* de la mostra s'ha dut a terme, en el sentit que en una recerca de caire qualitatiu, la diversitat d'idees i d'informació ha arribats a un punt, com assenyalen Guest, Bunce i Johnson (2006) la recol·lecció de noves dades qualitatives no canvia o ho fa molt poc, cada entrevista qualitativa només mostrava dades ja descobertes prèviament, i arribat el moment en que cada nova entrevista constituïa una contribució més petita que l'anterior.

Per a dur a terme aquesta recerca s'ha comptat amb el finançament de la Càtedra ASISA, que va atorgar el 2017 una quantitat de 3.000€ per a dur a terme la primera fase de treball de camp. Per altra banda, la consecució de la tesi també ha estat possible gràcies a la col·laboració econòmica de la Unitat de Cooperació i Desenvolupament de la Universitat de Lleida, la qual va atorgar 5.000€ per a la realització de la recerca Cadenes Globals de Cures Feminitzades a Lleida l'any 2018.

En segon lloc, aquesta tesi ha estat realitzada durant un llarg període, i a temps parcial mentre es compaginava amb el treball diari de l'autora, per aquest motiu algunes dades o informacions inicials del treball de camp dut a terme des de 2016 podrien llegir-se com a ja no actuals, degut a possibles canvis introduïts per la pandèmia COVID-19. És una recerca pre-pandèmia encara que es presenti en les presents dates. El qüestionari utilitzat per a les entrevistes a les llars familiars (veure Annex II) ha estat validat pel director de la tesi i dissenyat especialment per a aquesta recerca, tenint en compte que no existia o no es van trobar qüestionaris validats que estudiessin aquestes dimensions en el món rural. El disseny del qüestionari potser ha estat massa extens, però el seu objectiu era copsar el màxim de dimensions: la demogràfica, l'econòmica, l'estat de salut, igualtat de gènere i corresponsabilitat en les cures així com les necessitats expressades entorn la cura.

En tercer lloc, tot i que no era l'objecte estricte de la tesi, per a elaborar una descripció més acurada de les percepcions de tots els sectors que intervenen en la cura, s'hauria d'haver comptat amb el sector sanitari, fonamental a l'hora de descriure la cobertura sanitària dels grans al món rural, però l'interès eminentment social de la tesi optà per no abastar-lo o acotar els resultats. En la fase exploratòria es va entrevistar a una persona

treballadora d'aquest àmbit que exercia tasques sindicals, i les seves respostes feien referència a les limitacions pressupostàries de l'àmbit sanitari català, que no era objecte central d'aquesta recerca, tot i incidir-hi.

Finalment, en la proposta inicial de la tesi hi havia un objectiu que finalment es va treure, perquè no era possible el seu abast real, com són el sorgiment de respostes al problema de les cures d'ordre comunitari o col·lectiu, per part de l'Economia Social i Solidària o altres iniciatives que aborden aquesta realitat mitjançant accions puntuals i que estan forjant solucions emergents a la qüestió que mostra l'objecte d'estudi.

8.4 Noves línies de recerca a partir d'aquesta tesi

A continuació es mostren possibles fils conductors a partir dels quals convindria continuar estudiant.

1. Una proposta consistiria en dur a terme una segona fase, a mode d'estudi longitudinal, a través del contacte amb les participants del treball de camp de l'estudi Cadenes Globals de Cures feminitzades a Lleida (2018-2020). La finalitat seria analitzar si les dones migrades entrevistades han millorat o no les seves expectatives laborals, si han canviat de sectors, si han aconseguit la documentació, o si es perpetuen relacions econòmiques precàries.
2. Una altra proposta seria dur a terme un estudi amb metodologia mixta; estadístic per una banda, i qualitatiu per una altra, sobre mobilitat laboral i emigració femenina en l'àmbit rural durant les darreres dècades del segle XX i les primeres d'aquest s.XXI amb la finalitat de conèixer perfils, edats, objectius discontinuïtats, retorns o no retorns del gènere femení al món rural. Seria d'interès fer un estudi que relacioni el gènere femení amb la sostenibilitat social de la reproducció social als espais rurals, com a factor clau.
3. També seria d'interès l'estudi de la viabilitat i potencialitat del paper comunitari de l'entorn rural com a motor de construcció de xarxes i aliances per a construir una organització social de la cura que compti amb la solidaritat, cooperació per part d' homes i dones del territori. Així i tot l'autora creu que les institucions públiques haurien de mostrar el seu suport facilitador, sense liderar aquestes iniciatives, sinó proveint de mitjans concrets despolititzats.

4. En relació a punt anterior, caldria posar les bases, a partir d'un estudi prospectiu que analitzi el paper de les cooperatives de cures en el món rural, la seva i viabilitat, tenint en compte que la modalitat econòmica de la cooperativa hauria de garantir una vida digna mitjançant treball decent a les persones integrants. Caldria desestigmatitzar les migracions, i incorporar el paper masculí dins del cooperativisme de cures, juntament amb una pluralitat cultural de persones autòctones i no autòctones.
5. L'anàlisi de l'atribució del pes moral en les cures des d'una perspectiva de gènere seria també d'interès en el cas de les dones del món rural estudiades. L'objectiu seria indagar en el pes de la perspectiva moral i el paper subordinat de les dones dins de l'estructura social de tall patriarcal, pairal en aquest espai rural, encara vigent en els imaginaris.
6. L'estudi de les actituds de les noves generacions formades per homes i que resideixen al món rural seria també d'interès, per a conèixer, tal i com sosté Elizalde-San Miguel en els seu estudi de la realitat navarresa en que els homes constitueixen o estan exercint un canvi d'actituds en relació a la cura, sigui de forma resilient o per criteri propi.
7. Aquesta tesi també al·ludiria a incorporar o fer una crida a la importància de la *sociologia de les emocions en relació a les cures*, o en com construïm o fonamentem el nostre bagatge emocional, determinats pel nostre marc cultural.
8. Finalment, seria d'interès elaborar un estudi sobre els processos globals de financerització que incideixen en el treball de cures en el marc econòmic actual a Catalunya. Existeixen recerques sobre aquests temes, no obstant, no es coneixen dins del món rural lleidatà. Es coneix que el capital financer global està posant el seu punt de mira en la salut de la població, l'envelliment i també en les cures com a actiu. La financerització de l'economia de les cures faria referència a la transformació d'un dret individual, a un actiu financer

QUARTA PART

Capítol 9. CONCLUSIONS

Aquesta tesi tenia com a objectiu l'anàlisi de la organització social de la cura als espais rurals, partint de la situació que viuen les llars familiars amb persones grans amb limitacions en la seva autonomia.

1. Tot i l'interès de centralitzar l'atenció en com la nostra societat mobilitza o no els seus esforços per a donar respostes a les cures, el cert és que aquestes constitueixen un problema social al qual **encara no existeixen respostes polítiques, econòmiques i socials consensuades ni organitzades**. Com apunta Federicci (2019)¹³⁵ "Des del feminisme sempre ha estat central el discurs de la reproducció, però ara s'ha focalitzat molt més per la necessitat que tenim d'una infraestructura material, emocional i social de les cures, que hem de construir". Aquest és el repte de la nostra societat actual.
2. Aquesta tesi mostra la urgència de la necessitat de construir socialment altres formes d'organització social que desfamiliaritzin, descarreguin, alliberin i reconeguin la importància de compartir i redistribuir les cures, en aquest cas, en relació a la cura dels més grans. Les llars familiars, predominantment representades per veus de dones, fan una crida directa als serveis públics actuals per a que generin respostes, suport, serveis, ajudes i atorguin valor a la necessitat de sostenir la cura. I tot i la desesperança, incredulitat i pessimisme per part de moltes famílies a que els costos econòmics i socials de la cura puguin o vulguin ser alleugerits per altres instàncies, els resultats d'aquesta tesi mostren que **les llars familiars no tenen pràcticament "cap altre aixopluc" que no siguin elles mateixes**. Aquesta recerca podria ser d'utilitat com a diagnosi social qualitativa per a les pròpies administracions públiques amb la finalitat d'elaborar o fonamentar noves polítiques públiques adreçades a donar respostes reals a necessitats expressades o "posades sobre la taula" en el marc d'aquesta recerca.
3. Aquesta recerca constata que les llars familiars disminueixen el nombre de membres, les famílies es diversifiquen, i els vincles familiars es troben molt individualitzats i més dèbils. El familiarisme ja no se sosté i el familisme pot

¹³⁵ <https://directa.cat/necessitem-una-infraestructura-material-emocional-i-social-de-les-cures/>
Recuperat el 8 Abril 2023. Diari digital La Directa

desaparèixer. En aquest escenari, les polítiques públiques en el marc d'un Estat anomenat Social, Democràtic i de Dret haurien de fer un gir radical referent a les polítiques de cures. D'altra banda, les violacions continuades de drets humans resultants, configuraran problemàtiques a les que algú, d'una manera o altra, haurà de fer front.

4. Els resultats mostren que el sistema econòmic hegemònic imperant imposa a través de la seva lògica un valor monetari (econòmic) a les cures, fet que constitueix un límit ja que moltes llars familiars no podran afrontar monetàriament la cura dels seus membres. Reduir les relacions humanes al valor monetari o a la transacció econòmica o al poder de mercat suposa un obstacle essencial per a dur a terme la cura de la vida. Mostra el perill de la mercantilització de la vida i de les relacions humanes, la normalització de les desigualtats socials i del dumping social. La financerització de les necessitats bàsiques de les persones constitueix un risc social, més que no pas el sobreenvelliment en sí mateix. Existeixen o haurien de potenciar-se iniciatives comunitàries o col·lectives que no passin només per la monetarització i mercantilització de tot allò que és viu. En aquest sentit, l'economia feminista aporta un valor clau, més enllà del monetari, a l'hora d'atorgar un valor central a les cures com a font de sosteniment de la vida social "la satisfacció de les necessitats bàsiques de les persones i la seva qualitat de vida" (Carrasco, 2011). L'envelliment de la població, com a fenomen que s'accelerará els propers anys, no hauria de ser font irregular de guanys, ans al contrari, els drets de les persones grans, en la seva diversitat i pluralitat actual, haurien de potenciar-se, regular-se, defensar-se i legislar-se.
5. Es mostra com el paradigma neoclàssic o sistema econòmic hegemònic capitalista, l'heteropatriarcat, l'individualisme i el neocolonialisme, van estretament de la mà. En els espais rurals, el motor de la indústria agroalimentària, la concentració en poques mans dels seus beneficis, també en el cas de l'agricultura intensiva -desagrarització- a través de la capitalització agrària i el preu de les desigualtats en l'ús de mà d'obra migrada al camp, tot i trampejar la viabilitat econòmica, no constitueixen una resposta a la sostenibilitat social de les persones en el món rural. Aquest paradigma ignora la centralitat de la reproducció social per a la reproducció de la força de treball i el manteniment de les persones en els seu territori. L'anomenat problema del despoblament rural no està apuntant a la necessitat primordial de sostenir i cuidar les persones que encara habiten en aquests territoris, ni contempla una perspectiva de

- gènere. Tampoc es pregunta quin paper hi juga el gènere femení en el despoblament i en relació a les dificultats de sostenibilitat social de la població.
6. La terciarització de l'economia podria constituir una solució si aquesta s'organitzés potenciant suficient viabilitat tecnològica -tecnologies a les llars que augmentin la seguretat i accessibilitat de viure als espais rurals quan et fas gran, fibra òptica i altres-, que facilités el manteniment de la població i noves incorporacions de persones treballadores al món rural, fixant població i sostenint-la, però aquesta terciarització hauria de plantejar-se molts canvis. L'autora d'aquesta tesi és del parer que caldria potenciar i alimentar estructures econòmiques noves com són el cas de l'Economia Social i Solidària, amb més finançament públic al món rural. En aquest sentit, són urgents, polítiques de gènere efectives i reals que incorporin noves visions en l'economia rural.
 7. Els resultats d'aquesta tesi mostren *la necessitat d'obrir i diversificar els marcs epistemològics des dels quals parteix la mirada de qui investiga* i planteja una recerca social. Si no es canvien les mirades, no es canvien les recerques ni els seus resultats. Urgeix una mirada amb perspectiva de gènere i interseccional que faci visible allò que el poder hegemònic no té voluntat de fer visible. La present tesi ha suposat un intent de desplegar aquesta mirada, des del coneixement situat, en un territori, a l'interior de les llars familiars i dins l'imaginari i sentir de les dones migrades, a través de l'estudi de les seves trajectòries de vida, les seves expectatives, les seves esperances, desesperances i emocions. Cal assenyalar que els processos de colonització i desposseïció de les terres, units al paper agressiu de les corporacions transnacionals es relacionen amb els motius pels quals moltes persones han de deixar el seu país, com és el cas de les dones migrades. Així doncs, cal establir una mirada transnacional i àmplia a l'hora d'analitzar els fenòmens, és a dir, es tracta del mateix fenomen el que aquí i allà ens afecta, i està relacionat amb la innació dels Estats a l'hora de protegir a les persones.
 8. És *urgent augmentar la corresponsabilitat masculina en les cures*. És significatiu el fet, que en els casos en que les figures masculines es veuen obligades a cuidar, s'adonen i manifesten, la necessitat d'atorgar valor a la reproducció social, és a dir, quan els homes cuiden, prenen consciència de la importància i el valor essencial del treball de cures. En aquest sentit és clau introduir en l'educació el valor del repartiment igualitari del treball de cures entre gèneres.

L'educació de les "masculinitats¹³⁶" en les cures, i la incorporació plena del gènere masculí en la reproducció social. L'educació en les cures suposaria una ruptura clau dins del patriarcat hegemònic.

9. Com afirmava Durkheim(2002:75). "el domini moral comença allí on comença el domini social". En aquest sentit, el pes de valors morals tradicionals encara sotmeten moltes de les dones entrevistades en el món rural al treball de cures. Es planteja la necessitat del gènere femení d'adonar-se i prendre consciència de les formes de dominació moral que tenen interioritzades en la seva socialització, per a dur a terme una ruptura que traslladi en forma d'equiparació i justícia social, l'exigència d'una justa redistribució del treball de cures. En aquest sentit, equiparar l'ètica de la cura de Carol Gilligan amb el gènere seria un error. Com afirmà Tronto (1987:3) "Si la ética del cuidado se separa del asunto del género, surge una gama más amplia de opciones". Així no obstant, Tronto extreu també de les anàlisis de Gilligan el fet que les dones actuen així, també per la seva posició social subordinada, fet que comparà amb altres recerques que mostraven com les diferències de classe i ètnia incidien en la diferenciació dels judicis morals, és a dir, una posició social de subordinació incideix en l'extensió de les categories morals, de forma diferent a una ètica de la justícia, basada en principis, drets, més racionals. Aquest punt, però, no arriba a desenvolupar-se en l'anàlisi d'aquesta tesi.
10. Un dels principals obstacles en els espais rurals és *l'imaginari social profundament patriarcal que encara impera*. No s'observa ruptura en aquest sentit. Ans s'ignora el paper del gènere femení com a motor de sostenibilitat social, econòmica i comunitària. El canvi climàtic, la crisi energètica, el sobreenvelliment rural, la crisi de cures i de reproducció social, la individualització de la família, la baixa natalitat, encara conviuen amb una estructura profundament patriarcal que ignora el paper de les dones, el paper social que juga la immigració, el paper de la força col·lectiva de la comunitat a l'hora de construir una organització social de la cura sostenible a nivell humà en el món rural.
11. La injusta divisió sexual del treball assalariat mostra que tot i que les dones de la present recerca, dones pertanyents en la seva majoria o hereves del Baby Boom o generació suport i incorporades al treball remunerat fora de casa, el

¹³⁶ Alerta amb el concepte "masculinitats". Ja que no trenca amb el biaix construït de gènere. Aquí es fa ús d'aquest concepte per a referir-nos al gènere masculí.

treball assalariat de la dona no l'ha alliberada, ans aquesta continua duent el pes de la reproducció social, i a més a més la nostra societat encara se sosté gràcies al treball de cura de les dones com a proveïdores de benestar i sosteniment familiar. La qüestió del gènere és clau en relació a aquest objecte d'estudi, és més, si els canvis vinguessin a través de les transformacions en relació a construir una societat equitativa en el gènere, la sostenibilitat social de les cures faria un gir.

BIBLIOGRAFIA I REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

(En aquest apartat hi figuren tant la bibliografia i webgrafies consultades durant la tesi, com les referències bibliogràfiques citades en aquest document)

Abrahamson, P. (1995). *Welfare pluralism: towards a new consensus for a European social policy?* Current Politics and Economics of Europe 5 (1), pp.29-42.

Aguayo Ortiz, X. (2018). *La immigració a la ciutat de Lleida durant el segle XX: el punt d'inflexió del Franquisme. Estudi d'un impacte demogràfic i urbanístic sense precedents.* [Tesi doctoral] Departament d'Història Moderna i Contemporània, UAB.

Albesa, E. (2019). *Anàlisi comparada de les reformes en els sistemes de benestar europeus de cures de llarga durada.* Els casos d'Alemanya, Anglaterra, Suècia i Espanya. 2008-2017. [Tesi doctoral] Departament de Sociologia. Universitat de Barcelona.

Aldomà, I.(2020). *El sector agrari i la ruralitat en perspectiva. 50 anys de la geografia de Catalunya Aedos.* Treballs de la Societat Catalana de Geografia, núm. 90, desembre 2020, pp. 69-100. DOI: 10.2436/20.3002.01.200.

Aldomà, I.(2009). *Atles de la nova ruralitat.* Fundació del Món Rural. <https://doi.org/10.5565/rev/dag.289>.

Aldomà, I. Mòdol, J.R. (2022). *Atles del món rural 2022. Despoblament o revitalització.* Associació d'Iniciatives rurals de Catalunya, Associació de Municipis de Catalunya i Associació de Micropobles.

Aldomà, I. Mòdol, J.R. (2021). *Nous índex de relleu generacional al món rural* Projecte PECT BCN Smart Rural.

Alfama, E. Cruells, M. De la fuente, M. (2014) *Medir la igualdad de género. Debates y reflexiones a partir de una propuesta de indicadores clave.* Revista Athenea Digital. No14(4).

Alzás-García, T. García, L.M. (2017). *La evolución del concepto de triangulación en la investigación social.* Revista Pesquisa Qualitativa. São Paulo (SP), v.5, n.8, p. 395-418,

Alloza, M; González-Díez, V; Moral-Benito, E; Tello-Casas, P. (2021) *.El acceso a servicios en la España rural .* Colección Banco de España. Documentos ocasionales. N° 2122.

Amann Alcocer, A. (2005). *El Espacio Doméstico: La mujer y la Casa.* [Tesis Doctoral], E.T.S. Arquitectura (UPM). <https://doi.org/10.20868/UPM.thesis.164>.

Anderson, M. (1980). *Aproximaciones a la historia de la familia occidental (1500-1914)* Ed. SXX. Madrid Añón, M.J; Miravet, P. (2005). *Paradojas del familismo en el Estado del bienestar: mujeres y renta básica.* Departamento de Filosofía del Derecho Facultad de Derecho- Universidad de Valencia. Cuadernos de Relaciones Laborales 2005, 23, núm. 2 101-121

Anxó, D. Fagan, C. (2005) *The family, the state and now the market: The organisation of employment and working time in home services for the elderly*, en BOSCH, G.; y LEHNDORFF, S. (eds.) Working in the Service Sector. A Tale from Different Worlds, Londres, Routledge. En Recio-Cáceres et al (2015) La profesionalización de los cuidados.

Arendt, H. (1993). *La condición humana.* Paidós. (o. 1958)

Ariès, P. (1973). *Centuries of Childhood*. Penguin.

Ariza, M. (2017). *Vergüenza, orgullo y humillación: contrapuntos emocionales en la experiencia de la migración laboral femenina*. *Estud. sociol* [online]. 2017, vol.35, n.103, pp.65-89. ISSN 2448-6442. <https://doi.org/10.24201/es.2017v35n103.1510>.

Arranz, J.M. Carrasco, C. Massó, M. (2017). *La movilidad laboral de las mujeres inmigrantes en España (2007-2013)*/ *Revista Española de Sociología (RES)* Federación Española de Sociología pp. 329-344. ISSN: 1578-2824
<https://ruc.udc.es/dspace/handle/2183/19811>

Arriba González de Durana, A. i Moreno Fuentes, F.J. (2009). *El tratamiento de la dependencia en los regímenes de bienestar contemporáneos*. Colección estudios Serie Dependencia. IMSERSO.

Artal, C. Pascual, A. Solana, M. (2006). *Trajectòries migratòries de la població estrangera a Catalunya: Les poblacions marroquina, equatoriana i paquistanesa*. Grup de recerca sobre migracions URM (UAB).
<http://geografia.uab.es/migracions/cat/trajectories.pdf>

Asociación Estatal de Directores y Gerentes de Servicios Sociales. Recuperat de: <https://directoressociales.com/>

Associació Copersona.(2023) Recuperat el 14.01.23 en <https://copersona.org/glossari/>

Augère-Granier, M.L. McEldowney, J. (2020). *Older people in the European Union's rural areas. Issues and challenges*. European Parliamentary Research Service. Recuperat el 20.02.2023 en [https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/IDAN/2020/659403/EPRS_IDA\(2020\)659403_EN.pdf](https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/IDAN/2020/659403/EPRS_IDA(2020)659403_EN.pdf)

Azofra, M. J. (2000). *Cuestionarios 26*. Cuadernos Metodológicos. Centro de Investigaciones Sociológicas. CIS.

Bachelard, G. (1957). *La poética del espacio*. Fondo de Cultura Económica.

Balbo, L. (1994). *La doble presencia en Las mujeres y el trabajo: rupturas conceptuales* Icaria-Fuhem, pp.503-513.

Barañano Cid, M. (2016). *Perspectivas sobre género, migraciones transnacionales y trabajo: rearticulaciones del trabajo de reproducción social y de cuidados en la Europa del Sur*. *Investigaciones Feministas* 9 ISSN: 2171-6080 Vol. 7 Núm 1 (2016) 9-33
<https://revistas.ucm.es/index.php/INFE/issue/view/2964>

Barañano Cid, M. (2021) *.Los hogares como espacios de arraigo y sus transformaciones en un contexto global* ENCRUCIJADAS Vol. 21(1), 2021, r2101 Reflexiones – Margarita Barañano

Barrull, J. Jarné, A. Mir, C. (2003). *Història de Lleida. De la Restauració al Franquisme*. Vol.8. Pagès Editors.

Battaglia, M. Certomà, C. Frey, M. (2015). *Rethinking attractiveness. The transformation of Tangible and Intangible Factors in Post Rural Areas*. UNISCAPE en route. a.l.nº2.(2015)

Bauman, Z. (1998). *La globalización: Consecuencias humanas*. Ed. Fondo de cultura econòmica.

Bauman, Z. (2016). *Desconeguts a la porta de casa*. Ed. Arcadia

- Baylina, M. Salamaña, I. (2006). *El lugar del género en la geografía rural*. Boletín de la A.G.E N°41, pp. 99-112.
- Baylina, M. (2020). *Dones i tornada al camp: protagonistes de les noves dinàmiques rurals a Catalunya*. Treballs de la S.G.C, 90, 2020:111-114 Recuperat de: <https://raco.cat/index.php/TreballsSCGeografia/article/view/383674/476674>
- Baylina, M. (2022). *Retorn al món rural, gènere i poder local*. Capítol de llibre: pp.109-128. En *L'Altre món rural. Reflexions i experiències de la nova ruralitat catalana*. Cerarols, R i Nogué, J. Tigre de Paper
- Beauvoir, S. (1989). *La vejez*. Edhasa.
- Beck-Gernsheim, E. (1998). *On the Way to a Post-Familial Family: From a Community of Need to Elective Affinities*. *Theory, Culture & Society*.15(3-4):53-70. doi:10.1177/0263276498015003004
- Beck, U. Beck-Gernsheim, E. (2001). *El normal caos del amor. Las nuevas formas de la relación amorosa*. Paidós Contextos-El roure.
- Beck, U. Beck-Gernsheim, E. (2003) *La individualización*. Paidós. Estado y Sociedad 114
- Beck, U. Beck -Gernsheim, E. (2012). *Amor a distancia. Nuevas formas de vida en la era global*. Paidós Contextos.
- Becker, G. (1981). *A treatise on the family*. Cambridge MA: Harvard University Press. Trad. castellana en *Tratado sobre la familia*. Alianza Ed. 1987. En Carrasco, C, Borderías, C, Torns, T (2011). *El Trabajo de cuidados. Historia, teoría y políticas*. Catarata.
- Becker, G.S. (1964). *Human Capital. A Theoretical and Empirical Analysis with special reference to Education*. National Bureau of Economic Research.
- Beneria, L. (1979). *Reproduction, production and the sexual division of labor*. Cambridge Journal of Economics, 3(3):203-225. Traducció (1981) en *Revista Mientras Tanto* n°6, pp 47-84.
- Benítez, I. (2005). *Acerca de la cuestión de la reproducción social: de la teoría a la práctica* <https://gedar.eus/es/arteka/acerca-de-la-cuestion-de-la-reproduccion-social-de-la-teoria-a-la-practica>
- Berga-Timoneda, A. Bosch-Argelich, J. (2013). *Família i escola*. (Capítol en Rotger, J. M. (coor.) (2012). *Sociologia de l'educació. Per al professorat d'educació secundària*. El Roure Editorial.
- Berger, P.L. (1992). *Invitació a la sociologia*. Una perspectiva humanística. Herder
- Bericat Alastuey, E. (2000) *La sociología de la emoción y la emoción en la sociología*. *Revista Papers* 62, pp 145- 176 <https://papers.uab.cat/article/view/v62-bericat>
- Bettio, F. Simonazzi, Villa, P. (2006). *Change in care regimes and female migration: the 'care drain' in the Mediterranean*. DOI: 10.1177/0958928706065598 *Journal of European Social Policy* 2006; 16; 271 <http://esp.sagepub.com/cgi/content/abstract/16/3/271>
- Bettio, F. Plantenga, J. (2004) *Comparing Care Regimes in Europe*, *Feminist Economics*, 10:1, pp. 85-113, DOI: [10.1080/1354570042000198245](https://doi.org/10.1080/1354570042000198245)
- Bettio, F. Plantenga, J. (2008). *Care Regimes and the European Employment Rate*. In: Costabile, L. (eds) *Institutions for Social Well-Being*. Palgrave Macmillan, https://doi.org/10.1057/9780230584358_7

Bitterlich, J. (2011). *Environmental Sustainability in Urban Centers*. Veolia Environment by IPSOS. <https://www.pecc.org/resources/infrastructure-1/1628-veolia-observatory-of-urban-lifestyles/file>

Boch, G. Thane, P. (1991). *Maternity and gender policies. Women and the rise of the European Welfare States. 1880-1950*. Routledge. En Carrasco, C, Borderías, C, Torns, T (2011). *El Trabajo de cuidados. Historia, teoría y políticas*. Catarata.

Bofill, S. Veliz, N. (2019). *Una violència oculta. Assetjament sexual a dones d'origen estranger treballadores de la llar i les cures a Catalunya*. Departament d'Igualtats i Feminismes. Fundació Josep Irla.

Bonino, L. (2000) *Varones, género y salud mental*, en Sagarra, M y Carabí, A (eds) *Nuevas masculinidades*. Ikaria.

Borràs, J.M. (2001). *El trabajo infantil en el mundo rural español. 1849-1936*. Género, edades y ocupaciones, en Martínez Carrión, J.M Niveles de Vida y bienestar en la España Rural, Siglos XVIII-XIX Publicaciones de la Universidad de Alicante. En Borderías, C. Carrasco, C y Torns, C. (2011). *El trabajo de cuidados*. Catarata,

Borràs, V. S. Moreno y C. Recio (2009) *La incorporación de los hombres en la esfera doméstica* en Revista Sociología del Trabajo, nº67, Pp 97-116.

Boserup, E (1970) *Women's role in economic development*. St Martin's Press

Bouget, D. Saraceno, C, Spasova, S (2017). *Towards new work-life balance policies for those caring for dependant relatives*. Social Policy in the European Union: State of Play. Editado por Vanerche, B, Sabato, S, Bouget, D. European Trade Union Institute and European Social Observatory.

Bourdieu, P. i Wacquant, L.J.D. (1994). *Per a una sociologia reflexiva*. Barcelona. Herder

Bourdieu, P (2011) *Estrategias de reproducción social*. Siglo XXI

Bourdieu, P. Chamboredon, J.C; Passeron, J.C (1989) *El oficio de sociólogo*. S.XXI

Boushey, H. (2016). *Finding time: The Economics of Work-life conflict*. Harvard University Press.

Brezzi, M. L. Dijkstra, L. Ruiz, V. (2011), *OECD Extended Regional Typology: The Economic Performance of Remote Rural Regions*, OECD Regional Development Working Papers, 2011/06, OECD Publishing. <http://dx.doi.org/10.1787/5kg6z83tw7f4-en>

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*. Revista Educar. Vol.45. pp 51-79.

Brullet, C. (2012) . *Vida quotidiana i cura de la vida*. Afrontant el canvi social i la complexitat familiar. Revista Àmbits de psicopedagogia, 36, pp 8-13. Recuperat de: <https://issuu.com/ambitsaaf/docs/mbits362>

Brullet, C. Carrasco, C. Cardus, S. Prats, M. Torns, T. *Temps i cura. La corresponsabilitat social de la cura en la vida quotidiana*. (2009) Barcelona: Biblioteca de Catalunya. Departament Accio Social i Ciutadania.

Buchanan, J. (1986). *Cultural Evolution and Institutional Reform*. Liberty, Market and State. New York University Press, pp.75-85.

- Cabré, A. (1999). *El sistema català de reproducció*. Proa.
- Cadafalch Rabasa, M. *Els cuidadors familiars. Repte pendent del sistema de dependència*. Juliol 2014. Dossier Catalunya Social. Propostes del Tercer Sector.
- Camarero, L. (1996): *El mundo rural en la era del ciberespacio: Apuntes de sociología rural* en García de León, M^a. (Coord.): "El campo y la ciudad". MAPA, pp. 123-151
- Camarero, L. (2008). *¿Por qué se van las mujeres?. El contínuum de movilidad como hipótesis explicativa de la masculización rural*. Revista Española de Investigaciones Sociológicas. (REIS) N^o 124, pp.73-105.
- Camarero, L.Oliva J. (2004). *Las trabajadoras invisibles de las areas rurales: un ejercicio estadístico de estimación*. Revista de metodología de las Ciencias Sociales. No7 Empiria pp.159-179.
- Camarero, L. (2020). *Despoblamiento, baja densidad y brecha rural: un recorrido por una España desigual*. Revista Panorama social, núm 31, primer semestre.
- Camarero L, Cruz F, Gonzalez M, Del pino Oliva. J. Sampedro, R. (2009). *La población rural de España. De los desequilibrios a la sostenibilidad rural*. Fundación La Caixa. Colección Estudios Sociales. Núm 27.
- Camarero, L. Del Pino Artacho, J. (2014) *Cambios en las estructuras de los hogares rurales. Formas de adaptación y resiliencia*. Revista Internacional de Sociología Vol.72, n^o 2, Mayo-agosto, pp 377-401.DOI:10.3989/ris.2012.12.27
- Camarero, L.Sampedro, L. (2020). *La inmigración dinamiza la España Rural*. Observatori Social La Caixa. <https://elobservatoriosocial.fundacionlacaixa.org/dossier-inmigracion>
- Cantillon, B. y Lancker, W. Van (2013). *Three Shortcomings of the Social Investment Perspective*. Social Policy & Society, 12(4),pp. 553-564.
- Carrasco, C. Borderías, C. Torns, T. (2011). *El Trabajo de cuidados. Historia, teoría y políticas*. Catarata
- Carrasco, C. (2001). *La sostenibilidad de la vida humana ¿Un asunto de mujeres?* Mientras Tanto N^o 82, otoño-invierno 2001, Icaria, pp.43-70.
- Casado Aparicio, E, Gómez Esteban, C (2006) (Coord.) *Los desafíos de la conciliación de la vida familiar y profesional en el siglo XXI*, Biblioteca nueva.
- Casares García, E. (2008). *Estudio sobre el cambio en la estructura de las relaciones familiares*. Portularia Vol. VIII, n^o 1. 2008, pp.183-195. Universidad de Huelva
- Castelló, L. (2011). *La gestió quotidiana de la cura: Una qüestió de gènere i classe* [Tesi doctoral] Departament de Sociologia. UAB. Bellaterra <https://www.tdx.cat/handle/10803/48526#page=1>
- Castells, M. (1997). *La era de la informació. Economía, sociedad y cultura* (3 vols.). Alianza.
- Castells, M. (2009). *Comunicación y poder*. Alianza
- Castles, F. G (1993) *Families and Nations, Patterns of Public Policy in Western Democracies*. Dartmouth Pub Co.
- Càtedra d'Estudis socioeconòmics i Despoblament del Territori de Lleida. (2021) *Les ruralitats. Els micropobles de Lleida*. Edicions Universitat de Lleida.

Chagivov, D.(2009). *New Social Risks and Social Policy Implications in European countries* DO - 10.13140/RG.2.2.32790.24649

Centers for Disease Control and Prevention.(2023) Recuperat el 10.02.2023 de <https://www.cdc.gov/>

Ceres-CITE (CCOO) 2017 *Situació laboral de la població estrangera a Catalunya Informe Treballadores de la llar estrangeres* Centre d'Estudis i Recerca Sindical. Ceres: <http://docplayer.es/95004026-Situacio-laboral-de-la-poblacio-estrangera-a-catalunya-informe-2017-treballadores-de-la-llar-estrangeres.html>

Cerrarols,R i Nogué,J.(2022). *L'Altre món rural*. Tigre de paper.

Cerruti, M. (2005) *La migración peruana a la Ciudad de Buenos Aires: su evolución y características* Población de Buenos Aires, vol. 2, núm. 2, pp. 7 - 28 Dirección General de Estadística y Censos Buenos Aires, Argentina. Recuperat de: https://www.researchgate.net/publication/242620392_La_migracion_peruana_a_la_Ciudad_de_Buenos_Aires_su_evolucion_y_caracteristicas

Cloke,P. (1977). *An Index of Rurality for England and Wales*. Regional Studies, 11,pp. 37- 46.

Cloke,P. Milbourne,P.Thomas,C. (1997) *Living lives in Different Ways? Deprivation, marginalization and changing lifestyles in Rural England*. Transactions of the Institute of British Geographers, 2 (Vol.22): 210:230

Closin-Gap(2022).*Informe Brecha de género en el mundo rural*. Recuperat de: <https://closingap.com/actividad/brecha-en-el-medio-rural/>

Clua Losada, M. (2012). *Trenta anys de polítiques socials a Catalunya (1980-2010): inversión pública, Estat del Benestar, canvis de models i reptes polítics*. Unicef.

Clua Losada, M. (2015). *Precariedad y clase social: re-leyendo a E. P. Thompson en un contexto de crisis*. In Arribas, S. y Gómez, A. *Precariedad, vida dañada y vulnerabilidad en la era de la austeridad*. Artefakte.

Comas D'Argemir, D. (1988) *Household, Family, and Social Stratification: Inheritance and Labour Strategies in a Catalan Village (Nineteenth and Twentieth Centuries)*». Journal of Family History, 13(1),pp. 143-163.

Comas D'Argemir, D. (1993) *Sobre el apoyo y el cuidado. División del trabajo, género y parentesco*. En Roigé Ventura, X. (coord.) *Perspectivas en el estudio del parentesco y la familia*. FAAEE. Asociación Canaria de Antropología, pp.65-82.

Comas d'Argemir, D. i Chirinos, C. (2017). *Cuidados no pagados. Experiencia y percepciones de los hombres cuidadores en contextos familiares*. Revista Murciana de Antropología, núm 24,pp. 65-85 Universidad de Murcia

Conde Gutiérrez Del Álamo, F. (2009) *Análisis sociológico del sistema de discursos*. CIS Núm 43.

Consejo Económico y Social España. (2019). *La inmigración en España. Efectos y oportunidades* . Recuperat de: <http://www.ces.es/documents/10180/5209150/Inf0219.pdf>

Comissió Europea. *Challenges in Long-Term Care*. Recuperat de: https://ec.europa.eu/social/main.jsp?pager.offset=30&advSearchKey=espnltc_2018&mode=advancedSubmit&catId=22&policyArea=0&policyAreaSub=0&country=0&year=0

Cooper, M. Family. (2017), Values. Between Neoliberalism and the New Social Conservatism, New York, Zone Books, coll. « Near Futures »,

Cora, A. (1991). *El feminismo y la maternidad en Francia. Teoría y práctica política, 1890-1918*. En Bock, G i Thane, P. Maternidad y políticas de género. Catedra. En Carrasco, C, Borderías, C, Torns, T. (2011). *El Trabajo de cuidados. Historia, teoría y políticas*. Catarata.

Corominas Abadal, E (2008) *La contribución territorial rústica y el reparto de la carga tributaria en el siglo XX en la provincia de Lérida (1900-1963)*. Historia agraria. ISSN 1139-1472, N° 44, 2008, págs. 89-118

Cortés Elia, M.A (2016) *Espai domèstic i cultura material. Una aproximació històrica a les cases rurals del Berguedà*. [Tesi doctoral] Departament de Prehistòria. Facultat de Filosofia i Lletres. UAB.

Cowan, R.S. (1976). *More Work for Women*. New York. Basic Books En Borderías, Carrasco y Torns. (2011). *El trabajo de cuidados*. Catarata

Cristopherson, S. (1997): *Childcare and Elderly Care: What Occupational Opportunities for Women?*, serie OCDE Labour Market and Social Policy Occasional Papers, nº 27, OECD Publishing [<http://dx.doi.org/10.1787/047834852710>].

CSIC (2020) *Un perfil de las personas mayores en España. Indicadores estadísticos básicos*. Serie Envejecimiento en Red (Coord. Julio Pérez Díaz)

Daly, M & Lewis J. (2000) *The concept of Social Care and the Analysis of Contemporary Welfare States*. British Journal of Sociology, 51 (2) pp281-298. John Wiley and Sons Ltd.

Dalla Costa, M. (1972). *Las mujeres y la subversión de la comunidad*. En Dalla Costa, y James. El poder de la mujer y la subversión de la comunidad, Siglo XXI.

Dalla Costa, M (1995). *El arcano de la reproducción hoy*. En Dinero, perlas y flores en la reproducción feminista. Madrid. Akal. 2009. En Borderías, Carrasco y Torns. (2011). *El trabajo de cuidados*. Catarata

Davenport, T.O. (2000). *Capital humano. Creando ventajas competitivas a través de las personas*. España. Mc Producción Editorial

David Ricardo, (2003). *Principios de Economía Política y Tributación*. Pirámide: (1817)

De Sousa, B (2022). *Epistemologías del sur y la ecología de saberes*. Recuperat en 30.11.22 de: <https://www.youtube.com/watch?v=H53beADX4AQ>

Deken, J. (2014). *Identifying the Skeleton of the Social Investment State: Defining and Measuring Patterns of Social Policy Change on the Basis of Expenditure Data*. In: Cantillon, B. and Vandenbroucke, F. (eds.). Reconciling Work and Poverty Reduction. Oxford: Oxford University Press.

Denzin, N. K. (1970). *The Research Act: A Theoretical Introduction to Sociological Methods*. 1. ed. New Jersey: Transaction Publishers,

Díaz Mendez, C (2005) *Aproximaciones al arraigo y desarraigo femenino en el medio rural: mujeres jóvenes en busca de una nueva identidad rural*. Revista Papers, núm75, pp.63-84.

Domínguez Amorós, M. Muñiz, L. Rubilar, G. (2018). *El trabajo doméstico y de cuidados en las parejas de doble ingreso. Análisis comparativo entre España, Argentina y Chile*. Revista Papers 2019, 104/2 <https://papers.uab.cat/article/view/2576>

Douglas, M. (1991) *Pureza y peligro. Un análisis de los conceptos de contaminación y tabú*. Ed. S XXI

Dowling, E. (2021) *The Care Crisis. What Caused It and How Can We End It*. Verso.

Dumitru, S. (2014). *From brain drain to care drain: Women labor migration and methodological sexism*. *Women's Studies International Forum* 47(2014) 203-2012
Recuperat de: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277539514001058>

Dumon, W. (1987). *La politique familiale en Europa occidentale: une réflexion sociologique*. *L'Année Sociologique*, vol. 37, p. 291-311. En Moreno, A (2007) Políticas familiares y el empleo femenino en el sur de Europa. *Revista Papers de Sociologia*, nº 86, pp 73-105.

Durán, M.A (2018). *La riqueza invisible del cuidado*. Col·lecció Honoris Causa. Universitat de València

Ecologistas en acción. (2019). *Propuestas para la Nueva Política Agraria Comunitaria*. Recuperat el 2.08.2020
de: <https://www.ecologistasenaccion.org/116203/propuestas-para-la-nueva-politica-agraria-comunitaria/#easy-footnote-bottom-1-116203>

Economistas sin fronteras. (2018) *Economía feminista: visibilizar lo invisible*. Dossieres EsF. núm 29. Primavera.

Ehrenreich, B. & Hochschild, A.R. (2003). *Global woman. Nannies, maids and sex workers in the new economy*. Holt Paperbacks.

Elizalde-San Miguel, B. (2020). *La diversidad familiar ante el reto de los cuidados*. Capítol Dossieres EsF nº36. (2020) Demografía, cambios en el modelo reproductivo, pp.34-38.

Elizalde-San Miguel, B. (2018) *L'envelliment al món rural, una oportunitat per a canviar les relacions de gènere?* Article Publicacions Observatori social La Caixa. Recuperat de: <https://elobservatoriosocial.fundacionlacaixa.org/ca/-/el-envejecimiento-en-el-mundo-rural>

Elizalde-San Miguel, B. (2017). *El cuidado informal en las zonas rurales. Nuevas formas, nuevos actores*. *Social and Education History* 6(2), pp.168-195.
doi:10.17583/hse.2017.2505

Elizalde-San Miguel, B. (2014) *Estructuras de hogar de los mayores en Navarra. Estudio de tipologías, significados y estrategias familiares de apoyo en la vejez*. *Revista Papers de Sociologia*, núm 99/3. pp.355-376. <https://doi.org/10.5565/rev/papers.631>

Engels, F. (2013). *El origen de la familia, la propiedad privada y el Estado*. Colecciones Ciencias Sociales. Alianza Editorial. (1884)

Enquesta de Salut de Catalunya (2021) Schiafino, A i Medina, A. Direcció general de Planificació en Salut. Generalitat de Catalunya <https://www.idescat.cat/pub/?id=esca>

Enquesta Ús del Temps (2010-2011). Institut d'Estadística de Catalunya. Generalitat de Catalunya. <https://www.idescat.cat/serveis/biblioteca/docs/cat/eut-pr2010-11.pdf>

Escarrà-Pérez, C. (2020). *Economía social i solidària i ruralitats: reptes i potencialitats*. Treball de Postgrau, Universitat Autònoma de Barcelona.

Espina, A (2002) *La sociología del bienestar de gösta esping - andersen y la reforma del estado de bienestar en Europa*. Documento de Trabajo N1 Versión ampliada de la sección "Bienestar: Sociología y reforma", publicada en Revista de Libros, nº 66, junio, pp.15-18.

Esping-Andersen, G. (1990), *The Three Worlds of Welfare Capitalism*, Oxford: Polity Press. Google Scholar

Esping-Andersen, G. (1999), *Social Foundations of Post-Industrial Economies*, Oxford: Oxford University Press. CrossRef Google Scholar

Esping-Andersen, G. (2009) *The incomplete Revolution: Adapting to Women's New Roles*. Polity Press, 2009.

Esping-Andersen, G. (2011) *Social Policy and Society*, Volume 10, Issue 2, April 2011 pp. 139 – 150. DOI: <https://doi.org/10.1017/S1474746410000497>

ESPON. European Union. (2017). *Shrinking rural regions in Europe. Towards smart and innovative approaches to regional development challenges in depopulating rural areas*. Policy brief. Recuperat en <https://www.espon.eu/rural-shrinking>

Espuelas Barroso, S. (2013) *La evolución del gasto social público en España. 1850-2005*. Universitat de Barcelona. Centre estudis Antoni Capmany.

Esquirol, J.M. (2015). *La resistència íntima: assaig d'una filosofia de la proximitat*. Quaderns Crema.

Eurohealth. *Challenges in long-term care in Europe*.

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332533/Eurohealth-24-4-7-12-eng.pdf>

Eurostat <https://ec.europa.eu/eurostat> Recuperat de:

<https://ec.europa.eu/eurostat/cache/digpub/ageing/https://ec.europa.eu/eurostat/cache/digpub/ageing/> Població 65 anys i més per tipus de llar

2020. <https://ec.europa.eu/eurostat/cache/digpub/demography/>

(2022) *More Women than men outside the labour force*.

<https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/-/ddn-20220622-1>

Ezquerro, S. (2011) *Crisis de los cuidados y crisis sistémica: la reproducción como pilar de la economía llamada real 2011*, vol 2, pp. 175-194 <http://dx.doi.org/10.5209/rev>

Ezquerro, S. Pérez Salanova, M; Pla, M; Subirats, J (2016) *Edades en transición. Envejecer en el siglo XXI. Edades, condiciones de vida, participación e incorporación tecnológica en el cambio de época*. Col·lecció Ciencias Sociales. Ariel.

Ezquerro, S. i De Eguia Huerta (2020) *¿Despolitización de los cuidados? El papel de la familia, el Estado y las políticas públicas en Catalunya*. Política y Sociedad. 57(3) 2020 pp. 769-795.

Ezquerro, S i Mansilla, E (2018) *Economía de los cuidados y política municipal: hacia una democratización de los cuidados en la ciudad de Barcelona*. Estudios Tiempos y Cuidado. Ajuntament de Barcelona, UVic y La Ciutat Invisible. Barcelona.

Faus Condomines, J. (2012). *Els capítols matrimonials a la comarca de Girona*. Nabu Press. (Original del 1923)

Federici, S (2019) *Entrevista a Sílvia Federicci*. En Miralls. Diari digital La Directa. Recuperat en <https://directa.cat/necessitem-una-infraestructura-material-emocional-i->

- Federicci, S. (2013) *Revolución en punto cero. Trabajo domestico, reproducción y luchas feministas*. Traficantes de sueños.
- Federicci, S. (2018). *El patriarcado del salario. Críticas feministas al marxismo*. Traficantes de sueños.
- Ferber & Nelson. (2003) *Feminist Economics Today*. Vol 17. (2005)
- Ferrater i Mora, J. (1956). *Diccionari de Filosofia*. Alianza Diccionarios.
- Ferrera, Maurizio (1996). *The "Southern Model" of Welfare in Social Europe*. Journal of European Social Policy, 6(1), pp. 17-37
- Ferrera, M. Hemerikh, A, Rodhes, N (2001). *The future of the European "Social Model" in the Global Economy*. Journal of comparative Analyses, 3, pp. 163-190.
<https://doi.org/10.1023/A:1011412012886>
- Finch, J. Groves, D. (1988). *A labour of love: women, work and caring*. Routledge
- Fitzgerald Murphy, M (2014) *Global Care Chains, Commodity Chains, and the Valuation of Care: A Theoretical Discussion*. American International Journal of Social Science Vol. 3, No. 5.
- Frau Llinares, M.J. (1999). *Mujer y trabajo. Entre la producción y la reproducción*. Publicaciones de la Universidad de Alicante.
- Flaquer, L. (2000). *Is there a Southern European model of family policy?* En: Bhale, T.; Pfenning, A. (eds.). *Families and Family Policies in Europe. Comparative perspectives*. Peter Lang.
- Fraser, N. (2016). *Las contradicciones entre el capital y los cuidados*
<https://newleftreview.es/issues/100/articles/nancy-fraser-el-capital-y-los-cuidados.pdf>
Contradictions of capital and cares. New Left Review 100
https://www.researchgate.net/publication/309532177_Contradictions_of_capital_and_care
- Frows, J. (1998). *The contested Redefinition of the Countryside. An Analysis of Rural Discourses in the Netherlands*. Sociologia ruralis, 38 (1). pp. 54-68
- García González, M. (2019) *Interseccionalitat i estudis de gènere en geografia rural: un estat de la qüestió (2008-2015)*. Documents d'anàlisi geogràfica, 2019. Volum 65/3 pàg 607
- García Ramón, D (1986) *La división sexual del Trabajo y el enfoque de genero en el estudio de la agricultura en los países desarrollados*. Agricultura y Sociedad. Nº 55.
- Garreta, J; Llevot, N; Sabaté, M; Bernat, O (2010) *La immigració a les comarques de Ponent*. Observatori permanent de la immigració de les comarques de Ponent. Universitat de Lleida i Diputació de Lleida.
- Gauthier, A, H (2011) *The State and the Family: A Comparative Analysis of Family Policies in Industrialized Countries* Economic Geography 76(2) DOI: [10.2307/144567](https://doi.org/10.2307/144567)
- Geertz, C. (1989). *La interpretación de las culturas*. Gedisa.
- Generalitat de Catalunya. Departament de Treball, Afers Socials i Famílies.
Pla estratègic de Serveis Socials 2021-2024. Recuperat de:
https://dretssocials.gencat.cat/ca/ambits_tematicos/serveis_socials/pla-estrategic-de-serveis-socials-de-catalunya/PESS2021-24/

Generalitat de Catalunya. *Pla Estratègic territorial de Salut Demarcació de Lleida 2021-24*. Recuperat de:

<https://www.icslleida.cat/webroot/files/documents/Pla%20Estrategic%20Territorial%202020-2021.pdf>

Giddens, A. (1998). *Risk Society: The Context of British Politics*. In: Franklin, J., Ed., *Politics of Risk Society*, Polity Press, Cambridge.

Gilligan, C (1982) *In a different voice*. Harvard University Press

Gobierno de España.(2021). *PERTE de Economía Social y de Cuidados. Plan de recuperación, transformación y resiliencia*. Recuperat de:

https://www.mites.gob.es/es/sec_trabajo/perte_ESyEC/index.htm

Graham, H.(1983) *A labour of love*. Caring. Routledge

Graham, H.(1991). *The concept of caring in feminist research: the case of domestic service*. *Sociology*. Vol. 25, nº1. (february 1991) pp.61-78. En Borderías, Carrasco y Torns. (2011). *El trabajo de cuidados*. Catarata

Gregorio Gil, C. (2004). *Migración femenina. Su impacto en las relaciones de género*. *Asparkia. Investigación Feminista*, (15), 257-265. Recuperado a partir de <http://www.e-revistas.uji.es/index.php/asparkia/article/view/824>

Gregory, D. David, M. Smith, R.J. (2000). *Diccionario de geografía humana*. Ed. Akal

Guest, G., Bunce, A. and Johnson, L. (2006) *How Many Interviews Are Enough? An Experiment with Data Saturation and Variability*. *Field Methods*, 18, pp.59-82. <http://dx.doi.org/10.1177/1525822X05279903>

Guillén, A. M. González Begega, S. y Luque Balbona, D. (2016). *Austeridad y ajustes sociales en el Sur de Europa. La fragmentación del modelo de bienestar mediterráneo*. *Revista Española de Sociología*, 25(2): 261-272.

Guillén Fernández, E(1989). *La dona a les terres de Ponent*. Ed. Virgili i Pagès.

Guirado González, C (2011) *Tornant a la muntanya. Migració, ruralitat i canvi social al Pirineu català. El cas del Pallars Sobirà*. [Tesi doctoral] Departament Geografia, UAB. Bellaterra.

González Torralbo, H. (2013). *Los cuidados en el centro de la migración. La organización social de los cuidados transnacionales desde un enfoque de género* 1 migraciones 33(ISSN: 1138-5774 127-153 Recuperat de: <https://revistas.comillas.edu/index.php/revistamigraciones/article/view/1024>

Gómez, C. González, J.J. y Sancho, R. (1999). *Identidad y profesión en la agricultura familiar española*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas: en Camarero, L. (2017) *El cambio rural: una lectura desde la desagrarización y la desigualdad social*. *Revista Austral de Ciencias Sociales*, núm. 38, pp. 191-211, 2020. Universidad Austral de Chile

Gómez-Gil, S (2013) *Factores que influyen en la implantación y desarrollo de la Ley de Dependencia en España*. Dossier Dependencia. *Revista Trabajo social hoy* 3er Cuatr. 2013, nº 70 [pp.7-32] ISSN 1134-0991.

Gussinyé, O. Zárata, E (2022). *Noves governances del passat: patrons endògens i emergents de la nova ruralitat*. pp.191-206. Capítol en Cerrarols, R i Nogué, J (2022) *L'Altre Món Rural*. Tigre de Paper.

Halfacree, K. (1993). *Locality and Social Representation: space, discourse and alternative definitions of the rural*. Journal of Rural Studies, 9, pp. 23-27.

Halfacree, K.H. (1993) *Talking about rurality: Social representations of the rural expressed by residents of six English parishes*. Journal of Rural Studies. Vol 11. Issue 1, January 1995, pp. 1-20. [https://doi.org/10.1016/0743-0167\(94\)00039-C](https://doi.org/10.1016/0743-0167(94)00039-C)

Halfacree, K. (2004). *Introduction: turning neglect into engagement within rural geographies of childhood and youth*. Children's Geographies 2 (1) pp.5-11.

Haraway, D.I (1995) *Ciencia, cyborgs y mujeres. La invención de la naturaleza*, Madrid, Cátedra. (Cap.7 Conocimientos situados. La cuestión científica en el feminismo y el privilegio de la perspectiva parcial)

Haraway, D. (1988). *Situated Knowledges: The Science Question in Feminism and the Privilege of Partial Perspective*. *Feminist Studies*, 14(3), pp. 575–599. <https://doi.org/10.2307/3178066>

Hobbes, T. (2016). *The Cive*. Alianza Editorial (1642)

Hochschild, A.R. (1997). *Time Bind. When work becomes home and Home Becomes work*. Holt Paperbacks.

Hochschild, A.R. (2008) *La mercantilización de la vida íntima*. Katz Editores. Títol original: The commercialization of intimate life. Notes from home and work (2003)

Hoggart, K. (1988) *Not a definition of rural*. *Area* (1988)20.1, pp. 35-40 TY - JOUR

Hoggart, K; Buller, H; Black, R (1995) *Rural Europe. Identity and Change*. Arnold.

Horrell, S. Humphries, I. (1995). *Women's labour work participation and the transition to the male breadwinner family*. *Economic History Review*, 48, pp89-117. En Carrasco, C, Borderías, C, Torns, T (2011). *El Trabajo de cuidados. Historia, teoría y políticas*. Catarata.

INE. EDAD 2020. Recuperat de:

https://www.ine.es/dyns/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176782&idp=1254735573175

Inequality. Recuperat de: <https://inequality.org/>. En Institute for Policy Studies. <https://ips-dc.org/>

Institut Català de les Dones. *Les dones a Catalunya 2022*. Generalitat de Catalunya Recuperat de: <https://dones.gencat.cat/ca/ambits/Observatori-de-la-Igualtat-de-Genere/dossiers-estadistics/>

Instituto de Mayores y Servicios Sociales. IMSERSO Recuperat de: <https://imserso.es/web/imserso>

Instituto de Mayores y Servicios Sociales . IMSERSO. (2004) *Libro Blanco de Atención a las Personas en Situación de Dependencia*. Recuperat de: <https://imserso.es/ca/el-imserso/documentacion/publicaciones/documentos-interes/libro-blanco-atencion-personas-situacion-dependencia>

Instituto de Mayores y Servicios Sociales IMSERSO. (2023) *Informe Evaluación SAAD 2020*. Recuperat de: https://www.mdsocialesa2030.gob.es/derechos-sociales/inclusion/docs/estudio_evaluacion_saad_completo.pdf.

Kohlberg, L. (1976). *Moral stages and moralization: The cognitive-developmental approach*. In T. Lickona (ed.). *Moral Development and Behavior: Theory, Research and Social Issues*. Holt, Rinehart and Winston.

Kraus, K, Riedel M, Mot Es, Willemé P, Röhring G and Czypionka T. *A typology of long-term care systems in europe* ISBN 978-94-6138-089-0 Available for free downloading from the CEPS website (www.ceps.eu) and the ANCIEN website (<http://www.ancien-longtermcare.eu/>)

Larrea C. Estrada, F. (2004). *Antropología en un mundo en transformación*. UB. Capítol 6. Pelegrí i Eixut, MD. Sistemas de herencia y transmisión de bienes. Fuentes, métodos y técnicas de investigación en Antropología histórica de la familia y del parentesco. Pp. 119-135.

Law, J. (2004). *After a Method: Mess in Social Science Research*. Published by Routledge

Leasure, J.W. (1962). *Factors involved in the decline of fertility in Spain (1900-1950)*. Michigan University Microfilms. En Cabré, A. (1999). *El sistema català de reproducció*. Proa.

Lebrusán Murillo, I (2019) *Más allá de la familia: una reflexión teórica sobre la definición del habitante de la vivienda*. UNED. Tendencias sociales. Revista de Sociología, 3 (2019):60-75.

Leitner, S (2003) *Varieties of familialism: The caring function of the family in comparative perspective, European Societies*, 5:4, 353-375, DOI: [10.1080/1461669032000127642](https://doi.org/10.1080/1461669032000127642)

Lewis, J. (2007). *Gender, Ageing and the New Social Settlement: the Importance of Developing an Holistic Approach to Care Policies*. *Current Sociology*, vol 55. Nº2 pp 271-286. Sage publications

Lewis, J. Meredith, B. (1988) *Daughters Who Care*. Routledge

Li, Y. Westlund, H. Liu, Y. (2019). *Why some rural areas decline and others not: an overview of rural evolution in the world*. *Journal of Rural Studies*, 68. DOI: [10.1016/j.jrurstud.2019.03.003](https://doi.org/10.1016/j.jrurstud.2019.03.003)

López Villanueva, C. (2006) *Evolució i tendències de les llars, les famílies i les persones a Barcelona*. Ajuntament de Barcelona. Recuperat de: <http://docplayer.es/88124945-Evolucio-i-tendencias-de-les-llars-les-families-i-les-persones-a-la-ciutat-de-barcelona.html>

Luque Balbona, D. y Guillén, A. M. (2021). *El recalibrado del gasto social público en España: ¿hacia un Estado orientado a la inversión social?*. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 175, pp.85-104. <http://dx.doi.org/10.5477/cis/reis.175.85>

Llobet, S. (1958-62). *Les activitats rurals*. En Solé Sabarís L. [ed.]. *Geografia de Catalunya*. Aedos, vol. I.

Marsden, T. Lowe, P & Wathmore, S (1990). *Rural restructuring: global processes and their responses*. London. Routledge <https://doi.org/10.4324/9781003394617>

Martín Gómez, A, & Rivera Navarro, J. (2018). *Feminización, cuidados y generación soporte: cambios en las estrategias de las atenciones a mayores dependientes en el medio rural*. *Revista Prisma Social*, (21), 219–242. Recuperado a partir de <https://revistaprismasocial.es/article/view/2430>

Martín Gómez, A. (2019) *Envejecimiento, dependencia y hábitat de residencia: un análisis de la provisión de cuidado formal e informal a los mayores en los entornos rurales*. [Tesis doctoral] Universitat de Salamanca.

Martínez-Celorrio, X. (2016) *Crisi, descens social i xarxes de confiança*. Informe Fundació Jaume Bofill. Recuperat de <https://fundaciobofill.cat/publicacions/crisi-descens-social-i-xarxes-de-confianza>.

Martínez-Buján, R (2014) *Los modelos territoriales de organización social del cuidado de personas mayores en España*. REIS Revista Española de Investigaciones Sociológicas, núm145

Martínez-Buján, R. Díaz Gorfinkiel ,M. (2018) *Mujeres migrantes y trabajos de cuidados: transformaciones del sector doméstico en España*. Revista Panorama SOCIAL Núm 27. https://www.funcas.es/wp-content/uploads/Migracion/Articulos/FUNCAS_PS/027art08.pdf

Marx, K.(1977) *El Capital*. Vol.I. Madrid. Akal: 1867. En Pérez-Orozco,A. (2014). *Subversión feminista de la economía*. Traficantes de sueños.

Mendizabal, E. (2009). *L'organització territorial administrativa de Catalunya, un problema irresoluble*. Treballs de la societat catalana de geografia: 66-68,pp. 87-109.

Millàs I Castellví, C. *Teories i mètodes per estudiar les migracions històriques*. Podall, [en línia], 2019, Núm. 8, pp. 478-20, <https://www.raco.cat/index.php/Podall/article/view/360404> [Consulta: 26-01-2021].

Mincer, J. (1974). *Schooling, Experience and Earnings*. National

Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030. *Guía de ayudas sociales y para las familias* (2021). Secretaría de Estado de Derechos Sociales.

Mingione, E. y Pugliese, E. (1987): *A difícil delimitação do urbano e do rural*”, en *Revista Crítica de Ciências Sociais*, No. 22, pp. 83-99.

Modigliani, F. Jappelli, T., & Pagano, M. (1985). The impact of fiscal policy and inflation on national saving: the Italian case. *PSL Quarterly Review*, 38(153).

Molina-Luque, F.(2021).*El nuevo pacto social entre generaciones. Elogio de la profiguración*. Catarata.

Molyneux, M. (2005) [1979]. *Más allá del debate sobre el trabajo doméstico*. En Rodríguez y Cooper. *El debate sobre el trabajo doméstico*. Antología. UNAM, México.

Moreno,S, Recio, C, Colom, V, Torns, T (2016) *Significados e imaginarios de los cuidados de larga duración en España. Una aproximación cualitativa desde los discursos de cuidadoras*. Papeles del CEIC <http://dx.doi.org/10.1387/pceic.15195>

Moreno Mínguez, A. (2007). *Incidencia de las políticas familiares en el empleo femenino en los Estados de Bienestar del sur de Europa en perspectiva comparada*. Revista Papers de Sociologia, nº 87. pp.73-105

Moreno, L. (2016) *L'afebliment de l'Estat de Benestar*. L'Espill, núm 59. pp 43-53

Moreno, S. Entrevista concedida a El Crític, Diari digital 1/08/2022 Article de Laia Soldevila entrevista a Sara Moreno. Recuperat de: <https://www.elcritic.cat/entrevistes/sara-moreno-hem-de-moure-alguna-cosa-mes-que-horari-si-volem-canviar-les-coses-133472>

Morelló Calafell, N. (2010). *Treballar i marxar. Agricultura globalitzada i sistemes de treball migratori: el cas de Lleida*. [Tesi fi de Màster]. Departament d'Antropologia cultural i d'història d'Amèrica i Àfrica (UB).

Morera, E. i Tort, J. (1988). *Estudi de les unitats de població dels municipis de Catalunya*. Treballs de la Societat Catalana de Geografia., 15: 133-139.

Mujeres Migrantes Diversas, Las Libélulas, Mujeres Pa'lante, Sindihogar I Calala (2017) *Recomendaciones al Ayuntamiento de Barcelona sobre política pública para la atención de las trabajadoras del hogar, la limpieza y los cuidados*. Ajuntament de Barcelona. <https://bcnroc.ajuntament.barcelona.cat/jspui/bitstream/11703/109464/3/MAQTreballadores%20Llar.pdf>

Muñoz González, O. (2016) *El declive de la ley de dependencia. Familismo implícito y oportunidad perdida de profesionalización del cuidado*. <http://www.enrucijadas.org/>

Murdock, J i Pratt, A.C. (1993). *Rural Studies: Modernism, Postmodernism and the "post-rural"*. Journal of Rural Studies. Volume 9. Issue 4. October 1993. pp.401-427 [https://doi.org/10.1016/0743-0167\(93\)90053-M](https://doi.org/10.1016/0743-0167(93)90053-M)

Murillo, S (1997) *El mito de la vida privada*. S.XXI

Naciones Unidas. CEPAL. (2019) *Perspectivas de la población mundial 2019. Metodología de las Naciones Unidas para las estimaciones y proyecciones de población*. <https://www.cepal.org/es/notas/perspectivas-la-poblacion-mundial-2019-metodologia-naciones-unidas-estimaciones-proyecciones>

Navarro I Esteve, A. (1985). *La casa pairal. Introducció al pairalisme (I)* Butlletí 9 i 10 Centre d'Estudis de la Terra Alta. <https://www.raco.cat/index.php/ButlletiCETA/article/download/216454/294758>
Recuperat 29.12.21

Narotzky, S (1998) *Trabajar en familia. Mujeres, hogares y talleres*. Edicions Alfons el Magnànim.

Observatori del Deute en la Globalització.(ODG)Recuperat de: <https://odg.cat/>

Observatori DESC.(2020) *Informe Globalització i mercantilització del sector agrari. Estudi sobre vulneracions de drets i (in) sostenibilitats al Sud dels Pirineus*. Recuperat de: <https://observatoridesc.org/>

Observatori del Món rural (OMR) Departament d'Acció Climàtica, Alimentació i Agenda Rural Recuperat de: <https://agricultura.gencat.cat/ca/departament/estadistiques/publicacions/opuscles/observatori-mon-rural/visualitzacio-indicadors>

OCDE (2005) *Long term for older people* <https://www.oecd.org/els/health-systems/long-term-care-for-older-people-oecd-study-2001-2004.htm>

OCDE (2021). <https://www.oecd.org/els/health-systems/long-term-care.htm>

OCDE (2022). Enquesta SHARE (*Survey of Health and Retirement in Europe*). Recuperat de: <https://www.oecd.org/health/time-for-better-care-at-the-end-of-life-722b927a-en.htm>

OMS I Milbank Memorial Fund (2000), *On the Ageing Towards*. Recuperat en: <https://www.milbank.org/wp-content/files/documents/000712oms.pdf>

Organització Internacional del Treball (2018). *El trabajo de cuidados y los trabajadores del cuidado. Para un futuro con trabajo decente.*

https://www.ilo.org/global/publications/books/WCMS_633135/lang-es/index.htm

Ortiz Amo,R; Martínez Salvador, I, Muyor Rodríguez, J . (2022) *Análisis de los cuidados a partir de la Encuesta de Discapacidad, Autonomía y situaciones de Dependencia (EDAD-2020)* Fundación Caser.

Osorio, C. (2011). *La emergencia de género en la nueva ruralidad. Revista Punto Género*, (1). <https://doi.org/10.5354/0719-0417.2011.16851>

Overbye, E (1995) Book Reviews : Francis G. Castles (ed.): *Families of Nations. Patterns of Public Policy in Western Democracies.* Aldershot: Da.... Article in *Acta Sociologica* · July 1995 DOI: 10.1177/000169939503800211

Pahl, R, E (1988) *Historical aspects of work, employment, unemployment and the sexual division of labour.* En Pahl,R. E (ed) *On work: historical, comparative and theoretical approaches.*Blakwell, pp 7-20.

Paniagua Mazorra, A. y Hoggart, K. (2002). *Lo rural, ¿hechos, discursos o representaciones?. Una perspectiva geográfica de un debate clásico.* ICE.*Revista De Economía*, 1(803).Recuperat de <http://www.revistasice.com/index.php/ICE/article/view/424>

Paniagua Mazorra, A.(2008) *La individualización del mundo rural. Dimensiones analíticas para ¿un concepto generalizable?* *Economía, sociedad y territorio*, Vol VIII, nº27, 2008, 639-659.

Parker, R.(1981). *Tending a Social Policy.* Policy Studies Institut. London. Department of Sociological Studies .University of Sheffield. E.M Goldberg.

Pateman, C. (1988). *The Sexual Contract.* Oxford: Basil Blackwell

Pedone C. (2010). *Cadenas y redes migratorias: propuesta metodológica para el análisis diacrónico-temporal de los procesos migratorios* EMPIRIA enero-junio, Institut de l'Infància i Món Urbà. *Revista de Metodologia de Ciències Socials*. N. o 19.pp.101-132.

Pelegrí Aixut, M.D. (2004) *Herències i patrimonis. Dona i transmissió dels béns en un sistema d'herència indivisa (Les Garrigues, 1680-1930).* [Tesi doctoral] Departament d'Antropologia de la Facultat de Geografia i Història de la Universitat de Barcelona.

Pelegrí,X.(2011). *Els serveis socials a Catalunya. Aportacions per al seu estudi.* Edicions de la Universitat de Lleida.

Pelegrí,X .(2021). *Situació dels Serveis Socials al territori rural de Lleida.* pp.161-195- Capítol de llibre: *Les ruralitats. Els micropobles de Lleida.* Càtedra d'Estudis Socioeconòmics i Despoblament del Territori de Lleida. Edicions de la Universitat de Lleida. https://doi.org/10.21001/les_ruralitats.2021

Pérez Díaz, V. (2021). *Blog Apuntes de Demografía.* Recuperat de: <https://apuntesdedemografia.com/> Lesthaeghe,R. Van de Kaa, D.(1986).Twee demografische transitiees.(Van Loghum, Deventer, The Netherlands) pp. 9-23 Dutch.

Pérez Orozco, A. (2014) *Subversion feminista de la economía.* Traficantes de sueños.

Pérez Orozco, A, López gil, S. (2011). *Desigualdades a flor de piel: Cadenas globales de cuidados*. ONU Mujeres Santo Domingo César Nicolás Penson 102-A
http://riberdis.cedd.net/bitstream/handle/11181/5044/Desigualdades_a_flor_de_piel.pdf?sequence=1&rd=0031595478808577

Peterson, V.S. (2003). *A Critical Rewriting of Global Political Economy: Integrating Reproductive, Productive and Virtual Economies* (Routledge, 2003), pp. 15–16

Pfau-Effinger, B (2014) *Noves polítiques per als familiars que tenen cura dels estats de benestar europeus*. Quaderns de Relacions Laborals, vol. 32, núm.1, pàg.33-48.

Picchio, A. (1994). *El trabajo de reproducción, tema central en el análisis del mercado de trabajo*. En Borderías, Carrasco, Alemany (comp.). *Las mujeres y el trabajo. Rupturas conceptuales*, Fuhem-Icaria.

Picchio, A. (1999). *Visibilidad analítica y política del trabajo de reproducción social en Carrasco, C. (Ed) Mujeres y economía*. Icaria. En Carrasco, C, Borderías, C, Torns, T (2011). *El Trabajo de cuidados. Historia, teoría y políticas*. Catarata.

Picchio, A. (2001). *Un enfoque macroeconómico ampliado de las condiciones de vida en Carrasco, C (2001). La sostenibilidad de la vida humana. ¿Un asunto de mujeres?.* Mientras Tanto, 82. Pp. 43-70.

Piersen, P. (1998). *Irresistible Forces, Immovable Objects: Post-Industrial Welfare States Confront Permanent Austerity*. Journal of European Public Policy, Vol, nº5, nº4. pp. 539-560. En Rodríguez Modroño P i Matus López, M (2016) *Políticas de cuidados a la infancia y mayores dependientes. Evolución y condicionamiento pro-mercado* Revista del CLAD Reforma y Democracia, núm. 66, pp. 99-130, 2016 Centro Latinoamericano de Administración para el Desarrollo

Pino y Rubio (2013): *Los Estados de Bienestar en la encrucijada*, Tecnos, Madrid. ER - Marban Gallego pp.237-261

Plerrelus François, J. *Economía de mercado, globalización y migración: retos y rostros de las personas vulneradas globales*. Un análisis desde Karl Polany. 44 Año 12, número 23, Julio-Diciembre ISSN:2007-2120
<http://contexlatin.cucsh.udg.mx/index.php/CL/article/view/7412>

Poblet, G (2018) *Migrantes, trabajadoras, ciudadanas. Informe etnográfico sobre mujeres trabajadores migrantes trabajadoras del hogar en Castelldefels. Identificación de necesidades y trayectorias laborales*. Associació Europa sense Murs.

Polanyi, K (2017). *La gran transformación: los orígenes políticos y económicos de nuestro tiempo*. Ed Fondo de cultura.

Posada-Kubissa, L. (2015). *Filosofía, crítica y reflexiones feministas*. Editorial Fundamentos

Pujadas Muñoz, (2002) *El método biográfico*, Recuperat de
https://www.researchgate.net/publication/336035592_el_metodo_biograficoel_uso_de_las_historias_de_vida_en_ciencias_sociales

Pujadas Rubies, I. (1983). *La població de Catalunya. Anàlisi espacial de les interrelacions entre els moviments migratoris i les estructures demogràfiques*. [Tesi doctoral]. Facultat de Geografia i Història (UB). En Cabré, A. (1999). *El Sistema Català de Reproducció*. Proa.

Quivy, R i Van Campenhoudt, L.V (2007) *Manual de recerca en ciències socials*. Ed. Herder

- Qureshi, B. (1990). *Ethical dimensions of Geriatric Care*. Journal of Medics Ethics. 16, 2. 104-104 DOI 10.1136/jme.16.2.104
- Rai, S.M. Hoskyns, C. Thomas, D. (2013). *Depletion. The Cost of Social Reproduction*. International Feminist Journal of Politics. DOI: 10.1080/14616742.2013.789641
- Recaño-Valverde, J; Domingo, A (2005) *Factores sociodemográficos y territoriales de la inmigración irregular en España*. Recuperat de: https://www.researchgate.net/publication/28111358_Factores_sociodemograficos_y_territoriales_de_la_inmigracion_irregular_en_Espana
- Recio Cáceres, C. *Familismo, asistencialismo y precariedad. La configuración del empleo en el sector de la atención de las personas en España* (2010) Alternativas, 17, pp. 19-43 - ISSN 1133-0473.
- Recio Cáceres, C. Moreno-Colom, S. Borràs-Català, V Torns-Martín, T (2012). *La profesionalización del sector de los cuidados*. Zerbituan 60. pp 179-193.
- Reial Decret 1620/2011, de 14 de novembre. *Normativa de regulació de la relació laboral de caràcter especial del servei de la llar familiar*. BOE-A.2011-17975. Recuperat en <https://boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2011-17975>
- Reig Martínez, E. Goerlich Gisbert, J. Cantarino Martí, I. (2016) *Delimitación de las áreas rurales y urbanas a nivel local. Demografía, cobertura del suelo y accesibilidad*. Informes 2016 Economía y Sociedad. BBVA.
- Robledo Martín, J; Martín-Crespo Blanco, C; Pedraz Marcos, A; Cabañas Sánchez, F; Segond Becerra, A; (2015) *La externalización del cuidado de las personas mayores a mujeres migrantes: quién decide y en qué circunstancias* Revista de Pedagogía social. Recuperat de: <http://recyt.fecyt.es/index.php/PSRI/>
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6226988>
- Roca Escoda, M. (2017). *Homes i dones en el treball de cura remunerat: continuïtats i transformacions en les relacions de gènere en el servei d'ajuda domiciliaris*. Quaderns-e. Institut català d'Antropologia. Número 22 (2) Recuperat de: <https://www.raco.cat/index.php/QuadernselCA/article/view/333118>
- Rocard, E & Llana-Nozal, A (2022). *Supporting informal carers of older people: Policies to leave no carer behind*, OECD Health Working Papers 140, OECD Publishing.
- Rodríguez Cabrero, G. (2011) *Políticas sociales de atención a la dependencia en los Regímenes de Bienestar de la Unión Europea*. Cuadernos de relaciones laborales, Vol 29, no 113-42
- Rodríguez Cabrero, G y Marbán Gallego, V. (2013): *La atención a dependencia en una perspectiva europea: de la asistencialización a la cuasi-universalización* Tecnos, Madrid. pp.237-261.
- Rodríguez-Cabrero, G. (2019) *Longevidad y dependència. La nueva contingència del S.XXI*. Ekonomiaz, núm96, 2on semestre (2019), Recuperat de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7235577>
- Rodríguez González, J. (2012). *Las categorías de espacio y tiempo en el marco teórico de la postmodernidad*, en ENSAYOS, Revista de la Facultad de Educación de Albacete, Nº 27, pp.19-28. web: <http://revistas.uclm.es/index.php/ensayos>.

Rodríguez Modroño, P. i Matus López, M. (2016) *Políticas de cuidados a la infancia y mayores dependientes. Evolución y condicionamiento pro-mercado* Revista del CLAD Reforma y Democracia, núm. 66, pp. 99-130, 2016 Centro Latinoamericano de Administración para el Desarrollo.

Rural Health Information Hub.(2023). Recuperat el 05.03.2023 en <https://www.ruralhealthinfo.org/toolkits/aging/1/overview>

Sabaté Martínez,A.Rodríguez Moya, J.M.Díaz Muñoz,M.A. (1995). *Mujeres, espacio y sociedad. Hacia una geografía del género*. Síntesis, Colección Espacios y Sociedades, Serie Mayor, 5.

Sáez,A (1979). *La fecondité en Espagne depuis le début du siècle*. Population, nº6. pp 1007-1022.

Saguer I Hom, E. (2005) *Els últims hereus. Historia oral dels propietaris gironins (1930-2000)*. Temes d'etnologia de Catalunya, 10. pp. 9-19.

Salazar Parreñas. (2000) *The Care Crisis in the Philippines: Children and Transnational Families in the New Global Economy*. Capítol dins Ehrenreih & Hoschschild (2000) *Global Woman. Nannies, maids and sex workers in the new economy*. Holt Paperback. New York.

Sánchez-Criado, T. (2005) Reseña de *After Method. Mess in Social Science Research de John Law* AIBR. Revista de Antropología Iberoamericana, núm. Esp, noviembre-diciembre, p. 0 Asociación de Antropólogos Iberoamericanos en Red Madrid, Organismo Internacional.

Sanchis, M.(2021). *Migracions rurals al país valencià des de la memòria i el gènere*. Recuperat de la revista digital Catarsi: <https://catarsimagazin.cat/les-migracions-rurals-al-pais-valencia-des-de-la-memoria-i-el-genero/>

Saraceno, C. (1995): *Familismo ambivalente y clientelismo categórico en el Estado del bienestar italiano*, en Sarasa, S.; y Moreno, L. (eds.), *El Estado del bienestar en la Europa del Sur*, Madrid, CSIC.

Sarasa, S. y Moreno, L (1995) *El estado de bienestar en la Europa del Sur* (CSIC, IESA)

Sassen, S. (2001). *The Global City* (Princeton: Princeton University Press, 2001) 2nd ed., original 1991

Sayad, A. (2010). *La doble ausencia. De las ilusiones del emigrado a los padecimientos del inmigrado*. Antropos.

Schneider, Sergio (1997): *Da crise da sociologia rural à emergência da sociologia da agricultura*, en Cadernos de Ciência e Tecnologia, Vol. 14, No. 2, pp. 225-238. Embrapa

Schütz, A. (1993), *La construcción significativa del mundo social. Introducción a la sociología comprensiva*, Ed. Paidós, (Treball original en Schütz, A. (1932) *Der Sinnhafte aufbau der sozialen welt. Eine Einleitung in die verstehende Soziologie*. Viena. Suhrkamp Verlag.

Schultz, T. (1961). *The Investment in Human Capital*. The American Economic Review.51.1 pp.1-17.

Societat catalana de geografia. Institut d'Estudis Catalans. Treballs de la societat catalana de geografia 90 (2020) Recuperat de: https://issuu.com/institut-destudis-catalans/docs/issuu_tscg_90

- Solari,A. (1971). *Sociología rural latinoamericana*. Paidós.
- Sorensen, N. Vammen, M. (2013). *Who cares?. Transnational families in debates on migration and development*. *Diversities*, 2(16), 89-108.
- Soronellas-Masdeu, M. Bodoque,Y. Blay,J. (2014). *Inmigrar a la Cataluña rural. Contextos de ruralidad y migraciones de mujeres extranjeras hacia pequeños municipios*. Recuperat de:
https://www.researchgate.net/publication/329124470_Inmigrar_a_la_Cataluna_rural_Contextos_de_ruralidad_y_migraciones_de_mujeres_extranjeras_hacia_pequenos_municipios
- Soronellas, M. Casal,G.(2012) *Pràctiques i estratègies dels productors agraris a Catalunya. Trajectòries i plantejaments de futur*. Arxiu d'Etnografia de Catalunya, pp.293-295. num.12 Recuperat de:
<https://revistes.urv.cat/index.php/aec/article/view/757/730>
- Sorokin, P. Zimmerman, C. (1929). *Principles of Rural-Urban Sociology*. Nery Holt.
- Spasova et al. (2018). *Challenges in long-term care in Europe. A study of national policies*, European Social Policy Network (ESPN), European Commission.
- Sturgeon, T.J. (2011) *.De cadenas de mercancías a cadenas de valor . Construcciones teóricas en tiempos de globalización. Eutopía. Revista de Desarrollo Económico Territorial.*, Núm 2 pp.11-38.
- Taylor-Gooby, Peter (2004). *New Social Risks and Welfare States: New Parading and New Politics?*. In: Taylor-Gooby, P. (ed.). *New Risks, New Welfare. The Transformation of the European Welfare State*. Oxford University Press.
- Timothy J. Sturgeon (2011) *De cadenas de mercancías (commodities) a cadenas de valor: construcciones teóricas en una época de globalización* EUTOPIA Número 2, pp. 11-38
- Thomas,C 1993 *De-construction Concepts of Care*, *Sociology* (27:4), pp.649-669. Traducció i drets cedits a la recopilació d'articles dins el tractat *El trabajo de cuidados* (2012) Torns,T.; Carrasco,C; i Borderías,C. Pp. 145-176
- Titmuss,R.M. *Política Social* (1981) Ariel.
- Tobío Soler, C (2011) *Estado y familia en el cuidado de las personas: Sustitución o complemento*. Cuadernos de Relaciones Laborales ISSN: 1131-8635 Vol. 31, Núm. 1 (2013) 17-38 Recuperat de:<https://revistas.ucm.es/index.php/CRLA/article/view/41623>
- Tönnies, F. (1887). *Gemeinschaft und Gesellschaft*. Profil Mchn. 1st edition (1 Dec. 2016).
- Tronto, J. (1987). *Más allá de la diferencia de género. Hacia una teoría del cuidado*. *Jornal of Women in Culture and Society*, vol. 12, University of Chigago.
- Tronto, J. (2011). *A feminist democratic ethics of care and global care workers: citizenship and responsibility*, in Mahon, Rianne; Robinson, Fiona (eds.), *Feminist ethics and social policy: towards a new global political economy of care*, Vancouver: UBC Press, pp. 162–177.
- Trujillo Cristofanini, M; Rivera Vargas, P; Almeda Samaranch. E (2015) *Desde el conocimiento situado hacia el feminismo decolonial. Nuevas perspectivas de análisis para el estudio de la monomarentalidad e inmigración latinoamericana* Universidad de Playa Ancha / Universitat de Barcelona. Oxímora revista internacional de ética y política NÚM. 7,pp. 48-62.

Ungerson, C. (1990). *Gender and Caring: Women and Work in Britain and Scandinavia*, Prentice-hall

Ungerson C. I Yeandle,S (2006). *Cash of care*. Developpe Welfare States. Palgrave Macmillan (December 1, 2006)

Unión Sindical Obrera (USO) (2021) Consulta 20 Febrer 2023. <https://www.uso.es/aumentan-las-mujeres-que-renuncian-a-una-jornada-completa-por-cuidados>

Vallés. M.S.(2009) *Entrevistas cualitativas Cuadernos metodológicos CIS*, Nú, 32
Recuperat de:<http://investigacionsocial.sociales.uba.ar/wp-content/uploads/sites/103/2010/09/4-VALLES-ENTREVISTAS-CUALITATIVAS.pdf>

Vard,T. Willems,E. Peters,R. (2005). *Use of the Corine land cover to identify the rural character of communes and regions at EU Level*. In Trends of some agri-environmental indicators of the European Union. EUR 21.669 EN, Luxemburgo: Oficina de publicacions de la UE

Vega Solís, C. (2009) *Culturas de cuidado en transición. Espacios, sujetos e imaginarios en una sociedad de migración*. Ed. UOC

Vega Solís, C. Martínez Buján,R. Paredes Chauca,M.(2018). *Cuidado, comunidad y común*. Traficantes de sueños.

Vicedo i Rius, E. (1993). *La conflictividad en las terres de Lleida en el siglo XVIII. La respuesta campesina a la detracción señorial y la lucha por el acceso a los recursos. Áreas*. *Revista Internacional de Ciencias Sociales*, (15), pp.101–111. Recuperat a partir de <https://revistas.um.es/areas/article/view/84231>

Vicente Torrado,T. *El panorama migratorio internacional: Una mirada desde el género* Rev. Sociedad & Equidad Nº 6, Enero de 2014. pp. 111-137 Recuperat de: https://www.researchgate.net/publication/273028577_El_panorama_migratorio_internacional_Una_mirada_desde_el_genero

Waerness, Kari. *The Rationality of Caring. Economic and Industrial Democracy*, vol. 5, no. 2, 1984, pp. 185–211, doi:10.1177/0143831x8452003.

Wirth,L. (1938). *El urbanismo como modo de vida*. Nº44. *Revista American Journal of Sociology* (versió traduïda el 1962 per Victor Sigal i publicada a Ed.3)

Williams, A. M. (1992). Book reviews : Marsden, T., Lowe, P. and Whatmore, S., editors, 1990: *Rural restructuring: global processes and their responses*. *Progress in Human Geography*, 16(4), pp. 637-639. <https://doi.org/10.1177/030913259201600436>

Woods, M. (2011) *Rural*. Routledge

Xarxa pel Dret a la Cura. Recuperat de: <https://dretacura.bcn.coop/>

Yeates, N. (2012) *Global care chains: a state-of-the-art review and future directions in care transnationalization research* *Global Networks* 12, 2 (2012) 135–154. ISSN 1470–2266. 2012 Blackwell Publishing Ltd & Global Networks Partnership.

Young, M.I.(1990). *La justicia y la política de la diferencia*. Ediciones Cátedra. Títol original “Justice and the politics of diference”.Princeton Univerity Press 1990.

Zalakain, J. (2011) *Atención a la dependencia en la UE. Modelos tendencias y retos*. Presentació en el marc del SIIS Centro de documentación y Estudios. Fundación Eguía-Careaga Fundazio.

Zimmerman, S. (1988). *Understanding Family Policy. Theoretical Approaches*. Londres:Sage.
En Moreno Mínguez, A. (2007). *Incidencia de las políticas familiares en el empleo femenino en los Estados de Bienestar del sur de Europa en perspectiva comparada*. Revista Papers de Sociologia, nº 87. pp.73-105

DOCUMENTS ANNEXOS

ANNEX I

QÜESTIONARI ENTREVISTES A LES SEUS COMARCALS DE SERVEIS SOCIALS.

1. (Trajectòria personal) Quina ha estat fins ara la teva trajectòria dins l' àmbit dels Serveis socials? Quina és la teva opinió de com han evolucionat els serveis socials a la comarca, la seva cobertura, tipus de serveis ?

2. (Serveis de suport a les famílies) Com veus i valors en aquests moments, els Serveis de Suport a les famílies on conviuen persones en situació de dependència a la teva Comarca?

3.(Quan sobrevé la dependència per raó d'edat o malaltia) Quan sobrevé una situació de vulnerabilitat en la salut o de dependència, sovint són les dones qui prenen el paper de subjecte actiu per a afrontar la situació, per tant, les dones es troben amb:

- Una baixa corresponsabilitat i baixa flexibilitat empresarial per a poder continuar treballant fora de casa, fet que afecta a la seva trajectòria laboral i més tard a un més gran empobriment de les dones grans.

- Si les dones manifesten una ruptura o canvi en la presa de decisions pel que fa a les seves obligacions familiars, pel fet que no volen o poden renunciar a una feina remunerada, qui en defensa els drets, tant de les dones, com pel que fa als drets de ciutadania i subjectius que garanteixen la llei de la dependència?

- Una dèbil protecció social condiona les estratègies d'organització familiar en relació a la cura fent persistents les desigualtats de gènere i econòmiques.

Quina és la teva visió o opinió en aquest sentit?

4. (Globalització del mercat de la cura) Les dones, actualment, tot i ocupar una posició en el mercat laboral més minoritària (a nivell mundial el 46% de dones estan actives al mercat laboral remunerat, davant el 73% dels homes), sumen més de la meitat de les migracions - el rostre femení de la globalització-, i segons Beck U, "quantes més dones hi hagi professionals i exitoses, més ajuda necessiten a casa, i aquesta ajuda avui l'ofereixen treballadors barats del mercat global.

5. En quina mesura la cura es converteix avui en una mercaderia exportada i importada" que les dones autòctones deleguen a altres. (els pobres, sols guanyen una petita part del que percebrien les treballadores nacionals per a fer la mateixa feina). Quina és la teva opinió?

6.(Organització social de la cura o cura social) Com es podria plantejar una "organització social de la cura" des del teu punt de vista, entesa com a problema social o col·lectiu?

7. Quin paper podria tenir l'administració pública a l'hora de potenciar noves formes d'encarar l'envelliment, sigui compartint pis, sigui mitjançant cooperatives de vivenda, etc... fórmules en que la gent gran pugui viure a casa seva amb serveis de suport suficients, sostenibles social i econòmicament?

8. Dades de la Comarca pel que fa a:

En termes generals, ens podries facilitar el nombre de:

Nombre total de persones que reben l'ajuda a la dependència. Quines d'elles són persones grans?

Nombre d'expedients que esperen en aquests moments.

Edats ? Sexe?

Nombre d'usuaris que reben el SAD

Proporció d'usuaris que reben el SAD, usuaris que reben prestació econòmica, i ajudes per a l'ús d'altres serveis: vehicles adaptats que facilitin la mobilitat per la comarca, menjars a domicili, etc..si n'hi ha

ANNEX II

QÜESTIONARI REALITZAT A LES LLARS FAMILIARS.

Enquesta sobre condicions de vida i sostenibilitat socioeconòmica de les llars familiars lleidatanes amb persones en situació de dependència. 2016-17 Universitat de Lleida



Núm Enquesta:.....

Comarca.....

Data de realització:.....

Telèfon contacte.....

Des del Departament de Geografia i Sociologia de la Universitat de Lleida, s'està realitzant una tesi doctoral que vol estudiar *les condicions de sostenibilitat social i econòmica de les famílies on viuen persones en situació de dependència a les terres de Lleida*. Agraïm respongui totes les qüestions i li garantim el total anonimat de dades i informació de caràcter personal en base a la Llei 12/1989 sobre secret estadístic en la protecció de dades personals.

NOTA: DADES RELATIVES A LA/LES PERSONA/ES EN SITUACIÓ DE DEPENDÈNCIA

Dades sociodemogràfiques

(PERSONA 1) / (PERSONA 2)

1. Sexe 1.1 Sexe

1. Home 1. Home
 2. Dona 2. Dona

2. Edat (1)..... (2).....

3. Quin és el seu estat civil?

1. Solter/a
 2. Casat/da
 3. Vidu/a
 4. Separat/da
 5. Divorciat/da
 6. Altres (Especificar.....)

4. Lloc de naixement

1. Poble i Municipi (especificar).....
 2. Resta de Catalunya (fora Lleida) (especificar).....

3. Resta Estat espanyol (especificar ciutat).....
 4. Europa (fora Espanya)
 5. Resta del món (especificar).....

5. Localitat de residència actual

1. Poble i Municipi (especificar).....
 2. Comarca.....

6. Quina és o quina ha estat la seva ocupació principal en la seva vida laboral? Quants anys heu treballat? Heu cotitzat?

.....
 (Marcar nombre sector activitat , llistat posterior darrer full)

7. Quin és el màxim nivell d'estudis que vostè té?

1. Sense estudis i no sap llegir o escriure
 2. Sense estudis però sap llegir i escriure
 3. Estudis primaris no acabats
 4. Estudis primaris acabats
 5. Graduat escolar o batxiller elemental
 6. Batxiller superior /FP/Cicles formatius
 7. Titulació mitjana o Diplomatura/ Tècnic
 8. Títol superior o Llicenciatura/Grau
 9. Màster o Postgrau
 10. Doctorat i Postdoctorat

Convivència i situació familiar

8. Indiqui, ON VIU actualment?

1. Visc a casa meva
 2. Visc permanentment a casa d'un/a fill/a
 3. Visc de forma rotatòria, a casa dels fills/es
 4. Visc uns mesos a casa meva, altres a casa dels fills/es
 5. Visc a casa, però assisteixo a un centre de dia. (especificar mitja jornada

Enquesta sobre condicions de vida i sostenibilitat socioeconòmica de les llars familiars lleidatanes amb persones en situació de dependència. 2016-17 Universitat de Lleida



- jornada completa)
6. Visc a casa dels fills, però assisteix a un centre de dia. (especificar mitja jornada jornada completa)

9. **AMB QUI viu** habitualment?

- Passar p.11 {
- 1. Sol/a (passar a la p.10)
 - 2. Amb el seu cònjuge o parella
 - 3. Amb el seu cònjuge i fills/es sense altres membres de la família
 - 4. Amb un fill o filla
 - 5. Amb altres familiars
 - 6. Amb altres persones sense vincle de parentiu
 - 7. Amb una treballadora de la llar interna
 - 8. Altres situacions (especificar.....)

10. (Pels qui viuen sols/es) Quant de temps fa que viu sol/a?

- 1. Menys d'un any
- 2. Entre 1 i 2 anys
- 3. Entre 2 i 3 anys
- 4. Entre 3 i 5 anys
- 5. Entre 5 i 7 anys
- 6. Entre 7 i 10 anys
- 7. Entre 10 o més anys

11. (Pels qui no viuen sols) Quantes persones conviuen amb vostè?

.....
(Núm persones incloent la persona dependent)

12. A més a més de qui viu habitualment a casa, hi ha més persones que conviuen temporalment o de forma transitòria amb vostè? (vincle de parentiu i motius)

.....

.....

13. Ha tingut fills/es?

1. Sí 2. No (passar a la p.18)

14. Si ha tingut fills/es. Quants fills/es viuen?.....

- Núm. homes:.....
- Núm. dones:.....

15. En cas que la persona dependent tingui fills/es, indicar el **loc on viuen** actualment (multiresposta si es té més d'un fill/a). (especificar nombre si n'hi ha més d'un)

- 1. A la mateixa vivenda
- 2. Al mateix bloc o edifici, però en una altra vivenda.
- 3. En un altre edifici, al mateix barri
- 4. Al mateix municipi
- 4. Fora del municipi, ciutat o poble
- 5. En una altra província
- 6. En una altra CCAA
- 7. En un altre país.

16. Té néts? (la persona dependent) En cas afirmatiu, assenyalar-ne el nombre.....

- 1. No
- 2. Sí

17. (la persona dependent) proporciona alguna mena **d'ajuda o compensació a fills/es i néts/es?**

- 1. Sí. En què?.....
- 2. No (passar a p.18)

17.1 Si els ajuda o compensa, podria assenyalar-nos per què?

- 1. Primer motiu.....
- 2. Segon motiu.....

18. Valoreu el **grau de cooperació o conflictivitat** que es respira a casa:

Cooperació entre els familiars										Conflicte
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

jornada completa)

9.1 Si hi ha conflicte, quines creieu que en són les causes principals?

.....

Cura a casa de la persona dependent

19. Qui és la persona responsable que la cuida? (MULTIRESPOSTA, marcar-ne 2 màxim)

- 1. Jo mateix/a
- 2. El/La cònjuge
- 3. La filla
- 4. El fill
- 5. Tots/es els/les fills/es per igual
- 6. El nét
- 7. La néta
- 8. Altres familiars (especificar)
- 9. Altres persones no familiars (Especificar)
- 10. Personal contractat (passar a la p.19.1 i 19.2 i 19.3)

19.1 Per què heu contractat una persona (privadament)?

.....

19.2 Quines condicions laborals té la persona que us ajuda?

- 1. Amb contracte laboral fet per nosaltres
- 2. A través d'una empresa de serveis a domicili que la contracta
- 3. És algú conegut i no l'hem contractat
- 4. Està assegurada sense contracte

19.3 Ens podríeu dir quin és el cost mensual per a vosaltres, pel fet de disposar d'una persona que us ajudi?

..... (euros al mes)

20. Quin seria el vostre desig o opció pel que fa a la vostra cura o companyia?

- 1. Seguir igual com fins ara.
- 2. Rebre més atenció especialitzada-professional a domicili
- 3. Ajuda a domicili (S.A.D)
- 4. Viure a casa i acudir a un Centre de dia

5. Ingressar una temporada a una residència

6. Ingressar permanentment en una residència

7. Altres alternatives (cohabitatge, pisos tutelats, etc)

.....

21. Valoreu en l'escala, el vostre grau d satisfacció en relació al dret d'escollir el lloc la persona i forma de rebre la cura

Gens satisfet/a						Molt satisfet/a			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

22. Valoreu, segons el vostre criteri, el grau d'implicació familiar pel que fa a la cura de l persona dependent.

No hi ha implicació					Molta implicació				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Nivell de dependència i necessitat d'ajuda

23. Quin tipus de malaltia sofreix la persona gran dependent? (MULTIRESPOSTA)

- 1. Afeccions cardiovasculars
- 2. Malalties neurodegeneratives
Quina?.....
- 3. Diabetis
- 4. Afeccions respiratòries
- 5. Afeccions aparell músculo-esquelètic
- 6. Càncer
- 7. Malaltia mental (depressió, etc)
- 8. Altres.....

24. Quin grau de dependència té reconegut la persona de qui té cura?

- 1. Primer grau
 - 2. Segon grau
 - 3. Tercer grau
 - 4. No té reconegut cap grau . Per què (raonar ho).....
-

24. Quin grau de dependència té reconegut la persona de qui té cura?

1. Primer grau
2. Segon grau
3. Tercer grau
4. No té reconegut cap grau . Per què (raonar-ho).....
-
-

25. La persona amb dependència, rep serveis públics o ajuda a la dependència)? Quins?

1. Sí
- Quins?.....
-(passar a la p.26)
2. No, està a l'espera (passar a la p.28)
3. No, no l'hem sol·licitada (passar a la p.28)
4. L'hem sol·licitada però ens ha estat denegada (passar a la p.28)

26. Si rebeu serveis públics, heu de contribuir a pagar-los (copagament)

1. No
2. Sí (passar a la 26.1)

26.1 Quin és el cost mensual aproximat del vostre copagament?.....**27. En la seva opinió, els serveis rebuts satisfan les vostres necessitats ?**

1. Sí
2. No (raonar-ho) per què?.....

28. Quin tipus de serveis de suport a la cura creus necessaris per a atendre a una persona en la vostra situació?

.....

.....

.....

.....

29. Heu adaptat la vivenda o fet obres a casa per a moure-us més bé?

1. Sí
2. Sí, hem hagut de canviar de vivenda amb millors condicions
3. No (raonar-ho) per què?.....
-

30. Disposeu de suficient informació i recursos per a adaptar la llar a les necessitats de la persona atesa?

1. Sí
2. Sí informació, però no recursos
3. Tinc recursos però no informació
4. Ni informació ni recursos (raonar-ho) Per què?.....
-

31. Considereu el grau d'accessibilitat de la vostra llar: (multiresposta)

1. Rampes o fàcil accés a la vivenda
2. Bona il·luminació a tota la llar
3. Sòl i paviments no lliscants a la casa
4. Suficient amplada portes (0.80cm x2m alçada)
5. Intèrfons o porters automàtics accessibles
6. Passamans ergonòmics
7. Ascensor (1,30m cercle diàmetre)
8. Passadissos amples (1,20 m) que permetin obrir les portes a una cadira de rodes
9. Poms i baldons de portes accessibles
10. Antilliscants al bany
11. Aixetes de monocomandament
12. Alçada 43-45cm lavabo
13. Elevador de vàter amb agafadors
14. Altres.....
-

32. Quins productes tècnics i de suport disposeu a la llar ? (multiresposta)

1. Caminador
2. Cadira de rodes
3. Dutxa accessible i agafadors
4. Llit articulat

- 5. Matalassos anti-nafres
- 6. Grua
- 7. Seients i cadires de dutxa adaptades
- 8. Baranes al llit
- 9. Triangles d'incorporació
- 10. Taula de llit regulable
- 11. Bastons i crosses
- 12. Telèfons amb amplificació
- 13. Altres (enumerar-los).....
-
-
-

33. Quin és l'actual nivell d'ingressos de la persona dependent?

- 1. De 0 a 500 € mensuals
- 2. De 500 a 800€ mensuals
- 3. De 800 a 1000€ mensuals
- 4. De 1000 a 1200€ mensuals
- 5. De 1200 a 1500€ mensuals
- 6. De 1500 a 2000€ mensuals
- 7. Més de 2000€ mensuals

34. I, aproximadament, els ingressos totals de la llar familiar?

- 1. De 0 a 500 € mensuals
- 2. De 500 a 800€ mensuals
- 3. De 800 a 1000€ mensuals
- 4. De 1000 a 1200€ mensuals
- 5. De 1200 a 1500€ mensuals
- 6. De 1500 a 2000€ mensuals
- 7. De de 2000€ a 3000€ mensuals
- 8. Més de 3.000€

35. Des del vostre punt de vista, creieu que són suficients els vostres ingressos en relació a les despeses que teniu a la llar?

- 1. Sí
- 2. No (raonar-ho) per què?.....
-
-
-

NOTA: DADES RELATIVES A LA PERSONA CUIDADOR/A (en el cas que n'hi hagi)

Dades sociodemogràfiques

1. Sexe

- Home
- Dona

2. Edat

3. Quin és el seu estat civil?

- 1.Solter/a
- 2.Casat/da
- 3.Vidu/a
- 4.Separat/da
- 5.Divorciat/da
- 6. Altres (Especificar.....)

4. Tens vinde familiar amb la persona dependent?

- 1. Sí (passar a la p.4.1)
- 2. No (passar a la p.5)

4.1 Tipus de vinde familiar: (passar a la 6)

- 1. Espòs/sa
 - 2. Fill/a
 - 3. Nét/a
 - 4. Altres
- Quin tipus de vinde parentiu hi ha amb la persona dependent?.....

5. Relació amb la persona dependent

- 1.Amic/ga
- 2.Vei/na
- 3.Contractual o de treball
- 4.Altres (Especificar.....)

8 Lloc de naixement

- 1. Municipi (especificar).....
- 2. Resta de Catalunya -fora de Lleida- (especificar).....
- 3. Resta Estat espanyol
- 4. Europa
- 5. Resta del món (especificar).....

9 Quin és el màxim nivell d'estudis que vostè té?

- 1. Sense estudis i no sap llegir o escriure
- 2. Sense estudis però sap llegir i escriure
- 3. Estudis primaris no acabats
- 4. Estudis primaris acabats (Graduat escolar)
- 5. Antics estudis (comerç, taquigrafia, etc)
- 6. Batxiller superior /FP/Cicles formatius (inacabat)
- 7. Cicles formatius (antic FP)/ Batxiller acabat
- 8. Titulació mitjana o Diplomatura/ Tècnic
- 9. Títol superior o Llicenciatura/Grau
- 10. Màster o Postgrau
- 11. Doctorat i Postdoctorat

10 Podria dir-nos en quina situació laboral es troba vostè actualment? (Assenyalar-ne 3 màxim) NOTA: Només a respondre en el cas de cuidadores familiars o no professionals.

- 1. Treball remuneradament (amb contracte o autònom) (passar a la p.8.1)
Quantes hores setmanals treballa?.....
- 2. Treball remuneradament (sense contracte) Quantes hores setmanals treballa?.....
- 3. Treball fent tasques de cura (sense remuneració)
Quantes hores setmanals?.....
- 4. Treball fent tasques domèstiques a casa meva Quantes hores setmanals?.....
- 5. Treball fent tasques domèstiques a casa d'un/a familiar o persona dependent
Quantes hores setmanals?.....
- 6. Aturat/da (amb prestació)
- 7. Aturat/da (amb subsidi per càrregues familiars)
- 8. Aturat/da (sense prestació)
- 9. Jubilat/da (amb pensió de jubilació)
- 10. Altres situacions.....

8.1 Quina és o ha estat la seva ocupació principal en la seva vida? (dues respostes màxim)

.....
(Sector activitat i categoria laboral, llistat posterior darrer full)

11 Ha tingut fills/es? (a respondre tot perfil de cuidador/a)

- 1. Sí 2. No (passar a la p.19)

12 Si ha tingut fills/es. Quants fills/es?..... (a respondre tot perfil de cuidador/a)

Núm. homes:.....

Núm. dones:.....

13 En cas que el(la cuidador/a tingui fills/es indicar el lloc on viuen actualment

- 1. A la mateixa vivenda
- 2. En el mateix bloc o edifici, però en una altra vivenda.
- 3. En un altre edifici, al mateix barri
- 4. Al mateix poble o municipi
- 5. Fora del municipi, ciutat o poble.
On? (província Lleida)
- 6. En una altra província. Quina?.....
- 7. En una altra CCAA Quina?.....
- 8. En un altre país. Quin?.....

14 Té néts? En cas afirmatiu, assenyalar-ne el nombre.

- 1. No (passar a la p.14)
- 2. Sí . Quants?.....

15 El cuidador/a proporciona també alguna mena d'ajuda a fills/es i néts/es?

- 1. Sí. En què?.....
- 2. No

16 Valoreu el grau de cooperació o conflictivitat que es respira a la llar familiar on cuideu:

Cooperació entre els familiars					Conflicte				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

16.2 Si hi ha conflicte, quines creieu que són les causes principals?

.....
.....
.....

16.2.1 Valoreu el grau de cooperació o conflictivitat que es respira a la llar familiar on cuideu:

Cooperació entre els familiars					Conflicte				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

16.2.1.1 Si hi ha conflicte, quines creieu que són les causes principals?

.....

16.2.2 Davant la situació de salut del seu familiar, ha calgut dur a terme una nova reorganització de la família? NOTA: Només a respondre en el cas de cuidadores familiars o no professionals

- 1. Sí Per què?.....
- 2. No (raonar-ho) per què?.....

16.2.3 Creu que la nova forma d'organitzar-se ha estat justa en la seva opinió?

- 1. Sí
- 2. No Per què?.....

Cura de la persona dependent a CASA (NOTA: a respondre tant cuidadores familiars com professionals)

16.2.4 Ens podria dir 3 raons principals per les quals vostè cuida:

1.....
 2.....
 3.....

16.2.5 Quant de temps fa que la persona dependent rep ajuda o cura?

- 1. Des de fa menys de tres mesos
- 2. Més de tres mesos i menys de sis
- 3. Més de sis mesos i menys d'un any.
- 4. Més d'un any i menys de 2 anys.
- 5. Més de 2 anys i menys de 4.
- 6. Més de 4 anys i menys de 6.
- 7. Més de 6 i menys de 10.
- 8. Més de 10 anys.

16.2.6 Quin tipus d'ajuda rep la persona dependent –s'entén que no rebia abans- (resposta múltiple)

- 1. Realitzar la neteja i cura de la casa.
- 2. Realitzar la compra diària.
- 3. Preparar menjars.
- 4. Higiene i cures personals.
- 5. Acompanyar-la al metge.
- 6. Control medicació
- 7. Gestions i tasques administratives.
- 8. Acompanyament i vigilància a casa.
- 9. Altres tasques (especificar).....

16.2.7 Quantes hores al dia aproximadament rep atenció i cura la persona dependent?

Nombre d'hores.....

16.2.8 I segons vostè, (opinió cuidador/a) quina seria la millor solució per a la persona dependent?

- 1. Seguir igual com fins ara.
- 2. Rebre atenció especialitzada a domicili
- 3. Ajuda a domicili
- 4. Acudir a un centre de dia
- 5. Ingressar permanentment a una residència
- 6. Ingressar una temporada a una residència
- 7. Altres alternatives.....

16.2.9 Valoreu en l'escala, (opinió cuidador/a) e possible grau de satisfacció per part de la persona dependent, respecte al seu dre d'escollir el lloc, la persona i forma de rebre la cura

Gens satisfeta					Molt satisfeta				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

16.2.10 Valoreu, segons el vostre criteri, el grau d'implicació familiar pel que fa a la cura de la persona dependent.

No hi ha implicació					Molta implicació				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

16.2.11 Valoreu el grau de coresponsabilitat o repartiment de les tasques de cura entre els membres de la família).

Ningú col·labora					Tothom col·labora				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Nivell d'ingressos de la llar de la persona cuidadora

(NOTA: A respondre només el/la cuidador/a familiar o no professional)

16.2.12 Quins són, aproximadament, els ingressos totals de la vostra llar (visqui o no amb la persona cuidada)?

- 1. De 0 a 500 € mensuals
- 2. De 500 a 800€
- 3. De 800 a 1000€
- 4. De 1000 a 1200€
- 5. De 1200 a 1500€
- 6. De 1500 a 2000€
- 7. De 2000€ a 3000€
- 8. De 3.000€ a 4.000€
- 9. Més de 4.000€

25. 1 Si sou cuidador/a familiar o no professional, heu rebut o rebeu ajuda econòmica pel fet de cuidar?

- 1. Sí
- 2. Sí, però l'han reduïda
- 3. No, però abans sí
- 4. No, mai n'he rebuda.

26. Des del vostre punt de vista, creieu que són suficients els vostres ingressos en relació a les despeses que teniu a la llar?

- 1. Sí
- 2. No (raonar-ho) per què?.....

Vivència del cuidador i sobrecàrrega

27. Valoreu el vostre grau de satisfacció en relació a la vostra tasca com a cuidador. Com us sentiu?

Insatisfet/a					Molt satisfet/				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

27. 1 Justifiqueu per què:

.....

.....

28. Valoreu el vostre estat d'ànim

Molt baix					Molt alt				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

29. Quin és el vostre estat de salut actual?.....

.....

.....

29.1 El fet de tenir cura del vostre familiar, ha repercutit en el vostre estat de salut?

- 1. Sí En quin sentit?.....
- 2. No

30. Preneu algun tipus de medicament des que cuideu el vostre familiar?

- 1. Sí Quin tipus de medicament? (antidepressius, tranquil·litzants, tensió arterial...)
- 2. No

31. Quins canvis has hagut de fer en la teva vida per a cuidar el teu familiar?

.....

.....

.....

MOBILITAT RESIDENCIAL

32. Has canviat el lloc de residència per tenir cura del teu familiar?

- 1. Sí (passar a la p.32.1)
- 2. No (passar a la p. 33)

32.1 Quants Km separen la vostra residència habitual de l'actual?

- 1. 0-2 km (al mateix poble)
- 2. 3-5 km
- 3. 5-15 km

MOBILITAT RESIDENCIAL**32. Has canviat el lloc de residència per tenir cura del teu familiar?**

1. Sí (passar a la p.32.1)
2. No (passar a la p. 33)

32.1 Quants Km separen la vostra residència habitual de l'actual?

1. 0-2 km (al mateix poble)
2. 3-5 km
3. 5-15 km
4. 15-30 km
5. 30-50 km
6. 50-100 km
7. Més de 100 km

La Cura com a problema social**33. Creus que la cura de les persones en situació de dependència és un problema:**

1. Sí (passar a la 1.1 i 1.2)
- 1.1 Social (un problema que cal ser resolt des d'un punt de vista col·lectiu)
- 1.2 Individual (m'afecta a mi i a la meua família)
2. No, no és un problema

34. Creus que la cura de les persones grans, dependents o amb discapacitat és una responsabilitat estatal?

1. Sí
2. No

35. Enumera els agents que creus que hauria de donar suport a la llar en casos de dependència: (escollir-ne 3 com a màxim i prioritzar-los)

1. La família
2. L'atenció socio sanitària (CAP, PADES...)
3. Els serveis socials (de base i especialitzats)
4. Altres organismes privats o entitats del tercer sector
5. Voluntariat
6. Xarxes informals (veïns, amics...)
7. Altres (no mencionats)
-

36. Creus que hi ha prou cobertura de serveis de suport a la dependència?

1. Sí
2. No, Per què?
-
-

37. Com veus el futur immediat en aquest sentit?

.....

.....

38. Has hagut de fer canvis laborals o reduir el teu horari laboral pel fet de cuidar?

1. Sí, he reduït l'horari laboral. Quantes hores?.....
2. Sí, he hagut de deixar la feina
3. No, però he hagut de demanar dies de festa i permisos
4. No

39. Com t'agradaria que s'organitzés la societat per a proveir d'una cura de qualitat a les persones en situació de dependència que viuen a casa?

.....

.....

.....

40. Quins són (segons el teu punt de vista) els principals problemes o obstacles a l'hora de cuidar? (Marcar-ne 3 com a màxim)

1. Insuficients ingressos familiars
2. Insuficient compromís polític (a nivell pressupostari)
3. Insuficient solidaritat intrafamiliar
4. De justícia social o desigual redistribució de la riquesa
5. De soledat o aïllament social
6. De manca de temps
7. De manca de coresponsabilitat a l'hora de repartir les tasques entre tots/es
8. Altres (enumera'ls).....
-

41. Com t'agradaria ésser cuidat/da, si fós el cas, quan siguis gran o et trobis en una situació de dependència? (màxima sinceritat)

.....

.....

Equitat i igualtat de gènere

PREGUNTAR AL/LA CUIDADOR/A FAMILIAR

Socialització a casa en la cura dels altres

42. De petit/a vas veure a casa teva avis que eren cuidats a la llar familiar?

1. Sí (passar a la 42.1)
 2. No (passar a la 44)

42.1 Quin membre de la família es feia responsable de la cura?

1. La meva mare
 2. El meu pare
 3. Tant el meu pare com la meva mare
 4. La meva tieta
 5. Altres. Qui?.....

43. Per què creus que va ser així?

.....

44. Creus que els teus fills/es (si en tens) donaran resposta a la cura, siguin nois o Com vas prendre la decisió en relació a COM cuidar el/la teu/teva familiar?

1. Vaig decidir-ho sol/sola.
 2. Vam decidir-ho tota la família conjuntament (germans/es, fills/es, pare/mare)
 3. No hi havia espai per a decisions. Ho havia de fer jo
 4. Em va tocar sense presa de decisions i perquè sóc dona i inconscientment s'esperava això de mi.
 5. Altres

45. En quina mesura participes amb els teus mitjans econòmics en el pressupost familiar?

1. No tinc mitjans
 2. Participo o contribueixo mínimament
 3. Participo al 50%
 4. Si no fos per les meves aportacions no viuríem

46. Has hagut de deixar de participar en alguna activitat social o afició pel fet de cuidar?

1. Sí
 2. Parcialment, bastant
 3. No

Coreponsabilitat en el repartiment de feines

47. Quin grau d'equitat en la col·laboració en la cura hi ha a casa teva pel que fa a dones i homes? (preguntar a la cuidador/a familiar en relació a tota la família)

Molt baix										Molt alt
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

48. Quin grau d'equitat en la col·laboració en les tasques domèstiques hi ha a casa teva pel que fa a dones i homes?

noies?

1. Sí
 2. No
 3. No ho sé

Nivell d'apoderament femení (o masculí)

a la llar

Molt baix										Molt alt
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

ANNEX III

Afirmacions sobre la insuficiència d'ingressos de les llars en relació a les despeses de la cura.

	Freqüència	Percentatge	Percentatge vàlid	Percentatge acumulado
				Annexos
Vàlid	48	52,2	52,2	52,2
"Jo diria que no"	1	1,1	1,1	53,3
Amb el que ell cobra no viuríem si no fos per les rendes familiars: vaques, porcs berres, farratge...	1	1,1	1,1	54,3
Cal pagar la noia contractada i despeses de la llar. La mare fa nits i no està assegurada. La filla, dies i assegurada	1	1,1	1,1	55,4
Creuen que hi ha moltes despeses: pomades, accessoris	1	1,1	1,1	56,5
El preu de la llum, l'aigua, contribucions, menjar...	1	1,1	1,1	57,6
El seu pare tenia una carnisseria a la casa de baix. Li van entrar a robar i li van prendre tot. Es va suïcidar	1	1,1	1,1	58,7
Els han d'ajudar els fills	1	1,1	1,1	59,8
És insuficient del tot	1	1,1	1,1	60,9
Hi ha despeses d'una mútua. (Hi ha moltes més despeses per fer-te gran)	1	1,1	1,1	62,0
Hi ha massa impostos	1	1,1	1,1	63,0
Hi ha més despeses que ingressos	1	1,1	1,1	64,1
Hi ha moltes despeses	1	1,1	1,1	65,2
Hi ha moltes despeses actualment.	1	1,1	1,1	66,3
Hi ha moltes despeses necessàries que cal cobrir	1	1,1	1,1	67,4
Just	1	1,1	1,1	68,5
Justet	1	1,1	1,1	69,6
L'espòs cobra 600€, es jubilà als 60 anys. El que cobren és molt just	1	1,1	1,1	70,7

La cuidadora ja no cobra o cobra poc per a cuidar-la.	1	1,1	1,1	71,7
Massa just	2	2,2	2,2	73,9
Molt just. No es poden permetre moltes coses que necessitarien.	1	1,1	1,1	75,0
Molt justet	1	1,1	1,1	76,1
No arriba	1	1,1	1,1	77,2
No arribarien	1	1,1	1,1	78,3
No és suficient el que cobra en relació a les despeses que té	1	1,1	1,1	79,3
No és suficient per totes les despeses	1	1,1	1,1	80,4
no viu sola, es paga molta contribució ajuntament	1	1,1	1,1	81,5
No, si no fós que vivim 3 persones juntes i se sumen els ingressos	1	1,1	1,1	82,6
Però vigilant	1	1,1	1,1	83,7
Perquè ella, la cuidadora no treballa	1	1,1	1,1	84,8
Perquè entre el que paguem i el que cobrem no ens arriba.	1	1,1	1,1	85,9
Perquè hi ha més necessitats que ingressos	1	1,1	1,1	87,0
Perquè la cuidadora no pot treballar per a fer-se càrrec d'ells	1	1,1	1,1	88,0
Perquè no es pot viure, un autònom.	1	1,1	1,1	89,1
Quan ells no poden ho paguen els seus fills	1	1,1	1,1	90,2
S'adapta al que ve	1	1,1	1,1	91,3
Sempre anem justos	1	1,1	1,1	92,4
Sense l'ajuda econòmica dels fills no és suficient	1	1,1	1,1	93,5
Si hi ha despeses imprevistes	1	1,1	1,1	94,6
Si tinguessin una dona no	1	1,1	1,1	95,7
Té les terres, però si les hi treballen, no rep quasi res.	1	1,1	1,1	96,7

Crisi de cures, gènere i espais rurals

Tenen la subvenció de la collita. Els porten les terres, però avui dia hi ha moltes despeses.	1	1,1	1,1	97,8
Tenen moltes més despeses que ingressos	1	1,1	1,1	98,9
Viuen dels interessos de la terra	1	1,1	1,1	100,0
Total	92	100,0	100,0	

