Informe Final **CUMADE**

EL CUIDADO IMPORTA

Impacto de género en las cuidadoras/es de mayores y dependientes en tiempos de la Covid-19

Diciembre 2021

Fondo Supera COVID-19

crue Universidades Españolas

Santander

cumade CUidado de MAyores y DEpendientes COVID-19

Diciembre 2021

Este Informe ha sido financiado por el Fondo Supera Covid-19 creado por Santander Universidades, el Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC) y la Conferencia de Rectores de las Universidades Españolas (CRUE). La investigación ha sido coordinada por Dolors Comas-d'Argemir (Universitat Rovira i Virgili) y han participado equipos de 10 universidades españolas.

Universidades participantes: Euskal Herriko Unibertsitatea, Universidad Autónoma de Madrid, Universidad Complutense de Madrid, Universidad de Granada, Universidad de Murcia, Universidad de Zaragoza, Universidade da Coruña, Universitat de Barcelona, Universitat de València y Universitat Rovira i Virgili.

Cómo citar el informe: Comas-d'Argemir, Dolors y Bofill-Poch, Sílvia (eds.) (2021): *El cuidado importa. Impacto de género en las cuidadoras/es de mayores y dependientes en tiempos de la Covid-19*, Fondo Supera COVID-19 Santander-CSIC-CRUE Universidades Españolas.

www.antropologia.urv.cat/es/investigacion/proyectos/cumade/

Informe final CUMADE

EL CUIDADO IMPORTA

Impacto de género en las cuidadoras/es de mayores y dependientes en tiempos de la Covid-19

Diciembre 2021

Fondo Supera COVID-19

crue Universidades Españolas

Santander

cumade CUidado de MAyores y DEpendientes COVID-19

AGRADECIMIENTOS

Expresamos nuestro agradecimiento al Fondo Supera Covid-19, creado por Santander Universidades, el Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC) y la Conferencia de Rectores de las Universidades Españolas (CRUE), que financió la investigación, así como a las diez universidades que han participado en el proyecto, de manera especial a la Universitat Rovira i Virgili (URV) que ha gestionado su coordinación.

Queremos también agradecer de manera muy especial a las 398 personas que han participado en la investigación, así como a las instituciones y entidades sociales a las que algunos/as de ellos/as pertenecen, sin cuya colaboración esta investigación no hubiera sido posible. Valoramos profundamente que nos hayan dedicado parte de su tiempo, a veces en momentos muy complicados, para explicarnos sus experiencias y percepciones respecto a cómo la pandemia afectó los cuidados a mayores y dependientes y afectó también sus vidas. Cuidadoras/es familiares, directoras/es y trabajadoras/es de residencias y servicios, trabajadoras de hogar, activistas, sindicalistas, patronales, familiares de residentes, representantes políticos, académicos/as, profesionales, instituciones que nos han apoyado: muchas gracias.

> No olvidemos a los muertos, no olvidemos nuestros fracasos ni nuestros éxitos durante la pandemia, porque nos ayudarán a imaginar un futuro y a actuar juntos para crearlo.
>
> Siri HUSTVEDT (*El País*, 07 de febrero de 2021)

REALIZACIÓN DEL INFORME

Dirección de la investigación

Dolors Comas-d'Argemir Cendra. Universitat Rovira i Virgili

Editoras del informe

Dolors Comas-d'Argemir Cendra. Universitat Rovira i Virgili

Sílvia Bofill-Poch. Universitat de Barcelona

Universidades participantes (Investigadoras/es principales)

Euskal Herriko Unibertsitatea. Matxalen Legarreta Iza

Universidad Autónoma de Madrid. Cristina García Sainz

Universidad Complutense de Madrid. Jesús Sanz Abad

Universidad de Granada. Carmen Gregorio Gil

Universidad de Murcia. Juan Ignacio Rico Becerra

Universidad de Zaragoza. Ana Lucía Hernández Cordero

Universidade da Coruña. Raquel Martínez-Buján

Universitat de Barcelona. Sílvia Bofill-Poch

Universitat de València. Marcela Jabbaz Churba

Universitat Rovira i Virgili. Yolanda Bodoque-Puerta y Montserrat Soronellas-Masdeu

Equipo de investigación

Autoras/es (coordinadoras/es) de los capítulos

Tomasa Báñez Tello. Universitat de Barcelona

Yolanda Bodoque Puerta. Universitat Rovira i Virgili

Sílvia Bofill-Poch. Universitat de Barcelona

Dolors Comas-d'Argemir Cendra. Universitat Rovira i Virgili

Cristina García Sainz. Universidad Autónoma de Madrid

Ana Lucía Hernández Cordero. Universidad de Zaragoza

Marcela Jabbaz Churba. Universitat de València

Matxalen Legarreta Iza. Euskal Herriko Unibertsitatea

Raquel Martínez-Buján. Universidade da Coruña

María Offenhenden. Universitat Rovira i Virgili

Mireia Roca Escoda. Universitat Rovira i Virgili

Jesús Sanz Abad. Universidad Complutense de Madrid

Montserrat Soronellas Masdeu. Universitat Rovira i Virgili

Autoras/es y colaboradoras/es

Ana Alcázar Campos. Universidad de Granada

Patricia Almaguer Kalixto. Universidad de Zaragoza

Claudia María Anleu Hernández, Universitat Rovira i Virgili

Xabier Ballesteros Olazábal. Universitat Rovira i Virgili y Ayuntamiento de Barcelona

Tomasa Báñez Tello. Universitat de Barcelona

Maider Barañano Uribarri. Euskal Herriko Unibertsitatea

Cristina Barrial Berbén. Universidad Complutense de Madrid

Yolanda Bodoque-Puerta. Universitat Rovira i Virgili

Sílvia Bofill-Poch. Universitat de Barcelona

Marta Candeias Luna. Universidad de Granada

Manuel Caramelo Hernández. Universidad Complutense de Madrid

Salvador Cayuela Sánchez. Universidad de Murcia

Carlos Chirinos Medina. Universitat Rovira i Virgili

Herena Coma Almenar. Universitat Rovira i Virgili

Dolors Comas-d'Argemir Cendra. Universitat Rovira i Virgili

Anton Elosegi Villanueva. Euskal Herriko Unibertsitatea

Blanca García Peral. Universidad de Granada

Cristina García Sainz. Universidad Autónoma de Madrid

Alessandro Gentile. Universidad de Zaragoza

Mónica Gil Junquero. Universitat de València

Elena Gil Ochoa. Universitat Rovira i Virgili

Paula González Granados. Universidad de Zaragoza

Carmen Gregorio Gil. Universidad de Granada

Ana Lucía Hernández Cordero. Universidad de Zaragoza

Marcela Jabbaz Churba. Universitat de València

Angelina Kussy. Universitat Rovira i Virgili y Universitat Autònoma de Barcelona

Matxalen Legarreta Iza. Euskal Herriko Unibertsitatea

Fernando Lorés Masip. Universidad Complutense de Madrid

Raúl Márquez Porras. Universitat de Barcelona

Lola Martínez Pozo. Universidad de Granada

Jesús Martínez Sevilla. Universidad de Granada

Raquel Martínez-Buján. Universidade da Coruña

Diana Mata Codesal. Universitat de Barcelona

Paloma Moré Corral. Universidade da Coruña

Nina Navajas Pertegás. Universitat de València

María Offenhenden. Universitat Rovira i Virgili

Carlos Peláez Paz. Universidad Complutense de Madrid

Marta Pi Martín. Universitat Rovira i Virgili

Carmina Puig Cruells. Universitat Rovira i Virgili

Juan Ignacio Rico Becerra. Universidad de Murcia

Mireia Roca Escoda. Universitat Rovira i Virgili

Juan A. Rodríguez del Pino. Universitat de València

Samuel Rubio Coronado. Universidad de Granada

Marina Sagastizabal Emilio-Yus. Euskal Herriko Unibertsitatea

Jesús Sanz Abad. Universidad Complutense de Madrid

Alba Sierra Rodríguez. Universidad de Granada

Montserrat Soronellas-Masdeu. Universitat Rovira i Virgili

Ramona Tigell Gironés. Universitat Rovira i Virgili

Ramona Torrens Bonet. Universitat Rovira i Virgili

María Pilar Tudela Vázquez. Universidad de Granada

Sofía Ugena Sancho. Universidad Complutense de Madrid

Lorena Valenzuela Vela. Universidad de Granada

Laia Ventura García. Universitat Rovira i Virgili

Cápsulas audiovisuales

Coordinadoras

Claudia María Anleu Hernández. Universitat Rovira i Virgili

Cristina Barrial Berbén. Universidad Complutense de Madrid

Paula González Granados. Universidad de Zaragoza

Lola Martínez Pozo. Universidad de Granada

Producción audiovisual

Andrea Lolicato. Fotógrafo y doctor en antropología urbana

Realización del trabajo de campo

Entrevistas y observaciones

Todo el equipo de investigación

Procesamiento de datos

Carlos Chirinos Medina. Universitat Rovira i Virgili. Registros y tablas de participantes

María Offenhenden. Universitat Rovira i Virgili. Procesamiento de datos y gestión

Mireia Roca Escoda. Universitat Rovira i Virgili. Procesamiento Atlas.ti

Verónica Anzil. Universitat Rovira i Virgili. Colaboradora

José Coll Martínez. Universitat Rovira i Virgili. Colaborador

ÍNDICE

Introducción 15

Capítulo 1. El cuidado de mayores y dependientes en España. ¿En qué momento irrumpe la covid? . 33

1.1. Introducción 37

1.2. El contexto demográfico y la diversidad familiar 38

1.3. Un modelo de atención obsoleto basado en la familia como pilar básico 45

1.4. Bajo el paraguas de unas políticas débiles, que otorgan pocos derechos y generizadas. El despliegue insuficiente y diverso de la Ley de Dependencia 51
1.4.1. La protección social pública orientada a los cuidados de larga duración 51
1.4.2. Las polémicas de la LAPAD durante su implementación 54
1.4.3. Los servicios del SAAD en el contexto de la crisis sanitaria 59

1.5. Las trabajadoras del cuidado: mucho trabajo y poco salario 62
1.5.1. Datos y fuentes secundarias de información 62
1.5.2. Una exploración del trabajo de cuidados desde una perspectiva de las actividades de los establecimientos en los que se desarrolla 65
1.5.3. Las ocupaciones que engloban el trabajo de cuidados y los espacios en los que se desempeña la provisión 70

1.6. La atención a la dependencia en las comunidades autónomas 72
1.6.1. Andalucía 72
1.6.2. Comunitat Valenciana 76
1.6.3. Galicia 80
1.6.4. País Vasco 83
1.6.5. Cataluña 87

1.7. Conclusiones 92

1.8. Bibliografía 97

Capítulo 2. Cuidadoras familiares, antes y después de la pandemia 101

2.1. Introducción 103

2.2. ¿Cómo se manejan las familias? 104
2.2.1. Qué personas requieren cuidados y quiénes les cuidan 104
2.2.2. El concepto de cuidado desde la lógica familiar 106
2.2.3. Las actividades del cuidado, relaciones y tiempos del cuidado 110

2.3. ¿Quién cuida? El difícil encaje de las piezas del mosaico de recursos de cuidado 115
2.3.1. El cuidado familiar 115
2.3.2. La familia extensa 118
2.3.3. El apoyo de la comunidad 119
2.3.4. Las personas cuidadoras remuneradas 120
2.3.5. Las instituciones de cuidado 121

2.4. Actividades de cuidado y apoyos. Cambios en la organización del cuidado en las familias como efecto de la pandemia 123
2.4.1. Impacto de la pandemia en las actividades del cuidado. La rehogarización del cuidado . 124
2.4.2. Apoyos institucionales ante las demandas de cuidado durante la pandemia 127
2.4.3. Cambios en las redes de apoyo familiar y comunitario 129

2.4.4. Cambios en la contratación de las trabajadoras del hogar y de cuidados 131

2.5. La irrupción de la pandemia en la vida personal y en la situación económica de las cuidadoras familiares 132
2.5.1. Cambios en la identidad de la persona cuidadora 132
2.5.2. Cambios económicos y en las condiciones laborales 135

2.6. Salud y cuidados 137
2.6.1. Malabarismos entre los variados aspectos de la salud 138
2.6.2. Impacto del contagio de covid en la salud 143
2.6.3. Cuidar la salud de las personas dependientes, en el marco de otros cuidados familiares 145
2.6.4. Estrategias de protección y autoprotección 146

2.7. Valoración del cuidado. Reconocimiento e invisibilidad 148

2.8. Pensando el futuro desde el presente. ¿Qué modelo de cuidados sería deseable? 153

2.9. Conclusiones 158

2.10. Bibliografía 162

Capítulo 3. Trabajadoras en servicios de cuidado. Servicios sociales básicos, centros de día, asistencia domiciliaria y asistencia personal 165

3.1. Introducción 167

3.2. Contextualización del trabajo de cuidado en los servicios sociales básicos, centros de día, asistencia domiciliaria y asistencia personal 168
3.2.1. Características y estructura de los servicios de cuidado 169
3.2.2. Perfiles profesionales y condiciones laborales de las trabajadoras de los servicios de cuidado 174
3.2.3. El concepto de cuidado desde la lógica laboral. Aspectos materiales, emocionales y morales 177

3.3. "Todos nos hemos adaptado a esa incertidumbre". Impacto de la covid en la organización de los servicios 179
3.3.1. Medidas desde las Administraciones públicas y las organizaciones gestoras de los servicios 179
3.3.2. Impacto en la organización y funcionamiento de los servicios 186

3.4. "Nosotras somos el final de la cadena". Impacto de la covid en las actividades de cuidados y en las condiciones laborales de las trabajadoras 189
3.4.1. Cambios en las condiciones laborales y repercusiones de las bajas médicas 189
3.4.2. Cambios en la situación y calidad del cuidado: actividades, relación y tiempos del cuidado 197

3.5. "Estamos aquí solos todo el día y no sabemos si nos puede pasar alguna cosa". Consideraciones sobre la salud y los cuidados 201
3.5.1. Medidas y estrategias de protección 201
3.5.2. Percepción del riesgo 207
3.5.3. Impacto de la pandemia en la salud: repercusiones físicas y psicológicas del cuidado en las trabajadoras y en las personas cuidadas 209
3.5.4. Estrategias de búsqueda de apoyo emocional 212

3.6. "Nosotras no existimos". Valoración del cuidado 213
3.6.1. Mecanismos que contribuyen a invisibilizar el cuidado y el papel de los medios de comunicación 214
3.6.2. Valoración del cuidado por parte de la persona cuidada y de su entorno 218

3.7. "No solo dar palmaditas en la espalda". Movilizaciones, demandas y reivindicaciones del sector ... 219
3.7.1. Organización de las trabajadoras y las gestoras de servicios de cuidados ... 220
3.7.2. Demandas y reivindicaciones del sector ... 222
3.7.3. Movilizaciones sociales en torno al cuidado en servicios domiciliarios y de asistencia personal ... 228

3.8. Mirando al futuro desde el presente ... 230
3.8.1. Iniciativas para tener en cuenta ... 230
3.8.2. Propuestas de futuro ... 235

3.9. Conclusiones ... 239

3.10. Bibliografía ... 241

Capítulo 4. Residencias, las grandes olvidadas ... 245

4.1. Introducción: Las residencias ante la covid ... 247

4.2. Las residencias para personas mayores y para personas con discapacidad en España ... 251
4.2.1. Características de los servicios residenciales ... 251
4.2.2. Trabajar en una residencia ... 260

4.3. Confrontar la pandemia en las residencias ... 274
4.3.1. Directrices y protocolos generales: "Ha habido muy poca ayuda. Y muy poca coordinación" ... 275
4.3.2. La falta de coordinación entre los servicios sociales y los sanitarios ... 277
4.3.3. Restricción de la movilidad y aislamiento: "Se van a morir de pena". ... 283
4.3.4. Cambios en las infraestructuras: "Convertir la residencia en tres mini residencias" ... 286
4.3.5. Medidas de protección que llegaron demasiado tarde ... 288

4.4. Impacto de la covid en las residencias: perspectiva de directoras y gerentes ... 292
4.4.1. Lidiar con el coronavirus: una residencia no es un hospital ... 293
4.4.2. Organizar los cambios espaciales y funcionales de los centros ... 294
4.4.3. Gestión del personal: entre el absentismo y la total disponibilidad ... 297
4.4.4. Directoras y gerentes como trabajadoras ... 300
4.4.5. Relación con las familias ... 302

4.5. Impacto de la covid en las residencias: perspectiva de las trabajadoras. ... 306
4.5.1. Caos e incertidumbre: "Todo eran cambios, cambios, cambios…" ... 307
4.5.2. Expuestas, en primera línea ... 308
4.5.3. Cambios en los tiempos de trabajo y en la calidad del cuidado ... 312
4.5.4. "Como un astronauta": el cuidado con medidas de protección ... 314
4.5.5. "Remar todas en el mismo barco" o "haciendo piña": estrategias individuales y colectivas para enfrentar la situación ... 316
4.5.6. La salud de las trabajadoras: repercusiones físicas y psicológicas ... 319
4.5.7. Trabajo y familia: una difícil combinación ... 321

4.6. Demandas y reivindicaciones de las familias ... 323
4.6.1. Plataformas ciudadanas y grupos de familiares ... 323
4.6.2. Motivos de indignación ... 326
4.6.3. Reacciones ... 333

4.7. Valoración y prismas del cuidado: invisibilidad, vulnerabilidad y significados ... 339
4.7.1. Los servicios sociales como marco del trabajo de cuidados ... 339
4.7.2. Invisibilidad del cuidado: vulnerabilidad y vejez ... 340
4.7.3. Invisibilidad y feminización del cuidado ... 343

4.7.4. Significados del cuidado: dignificar, acompañar, limpiar ... 345
4.7.5. Las residencias en los medios de comunicación ... 349

4.8. Mirando al futuro desde el presente: propuestas de cambio al modelo actual de residencias 353
4.8.1. El cuidado residencial como derecho ... 354
4.8.2. Coordinación sociosanitaria y rechazo de medicalización de los centros ... 357
4.8.3. Gestión de las residencias: el negocio lucrativo en cuestión ... 359
4.8.4. El cuidado en condiciones laborales dignas ... 361
4.8.5. La profesionalización del cuidado residencial ... 365
4.8.6. El cuidado a pequeña escala y próximo al entorno ... 366
4.8.7. Hacia un cuidado "humano y humanizante" ... 369

4.9. Conclusiones ... 372
4.9.1. Cruce de relatos: convergencias y divergencias ... 373
4.9.2. Las residencias ante la covid: cuestiones clave y factores explicativos ... 377
4.9.3. Propuestas de cambio y mejora ... 384

4.10. Bibliografía ... 388

Capítulo 5. Trabajadoras de hogar y cuidados ... 395

5.1. Introducción ... 397

5.2. Características del sector del trabajo de hogar y cuidados ... 397
5.2.1. El trabajo de hogar como recurso de atención para los cuidados de larga duración ... 397
5.2.2. La construcción política del trabajo de hogar: el marco regulatorio de discriminación y el desamparo institucional ... 399
5.2.3. Dinámicas de inferiorización y racialización de las empleadas de hogar y cuidados ... 401
5.2.4. Caracterización de la muestra ... 403

5.3. Impacto de la covid en las condiciones laborales de las trabajadoras ... 407
5.3.1. Trabajadoras internas: confinamiento forzoso ... 409
5.3.2. Trabajadoras externas: suspensión temporal del empleo y cambios en las relaciones laborales ... 412
5.3.3 Dificultades de conciliación de la vida familiar y laboral ... 414
5.3.4. Efectos de la pandemia sobre las condiciones de vida de las trabajadoras ... 416
5.3.5. Apoyos institucionales y acceso a las ayudas ... 419
5.3.6. Rol de los colectivos de mujeres migradas ... 425

5.4. Salud y cuidados ... 427
5.4.1. La seguridad laboral en el trabajo de hogar y cuidados: una dimensión olvidada ... 427
5.4.2. Del riesgo al contagio al riesgo de perder el trabajo: las medidas de protección en el trabajo de hogar y cuidados ... 429
5.4.3. El Impacto de la pandemia en la salud de las trabajadoras de hogar y cuidados ... 433

5.5. Valoración del cuidado ... 438
5.5.1. El empleo de hogar y cuidados como trabajo especial ... 438
5.5.2. La extranjería como mecanismo de desvaloración de las trabajadoras de hogar y cuidados ... 442
5.5.3. La indefinición del cuidado en el trabajo de hogar: una ulterior forma de desvalorización ... 444

5.6. Demandas y reivindicaciones de las trabajadoras: "Si somos actividad esencial, nuestros derechos también lo son" ... 446
5.6.1. Activismo político desde abajo ... 446
5.6.2. Demandas de los colectivos ... 451

5.7. Propuestas de futuro ... 452
5.7.1. El cheque servicio ... 453
5.7.2. El valor de la intermediación sociolaboral para dignificar el empleo de hogar ... 453
5.7.3. Cooperativas de trabajo e inter-cooperación: propuestas desde la economía social y solidaria ... 455

5.8. Conclusiones ... 460

5.9. Bibliografía ... 463

Capítulo 6. Iniciativas comunitarias ... 469

6.1. Introducción ... 471

6.2. Cuidado, comunidad, redes, apoyos y… emergencia social ... 475

6.3. Características y diversidad de lo comunitario ... 479
6.3.1. Las iniciativas de nueva creación: los procesos de constitución y la intensidad de su creación ... 480
6.3.2. Las iniciativas ya constituidas: revitalización y/o resignificación ... 482
6.3.3. Los sentidos otorgados a las iniciativas preexistentes ... 487
6.3.4. Los contrastes entre lo urbano y lo rural ... 490
6.3.5. Lo comunitario y los colectivos específicos: el lugar de las personas mayores en las iniciativas y sus necesidades específicas ... 494

6.4. El impacto de la pandemia sobre las iniciativas comunitarias ... 497
6.4.1. "Los barrios cuidan de los barrios": Actividades, organización y funcionamiento de las iniciativas comunitarias de nueva creación ... 497
6.4.2. Sobre quiénes activaron, hicieron posible y sostuvieron las iniciativas ... 500
6.4.3. Iniciativas preexistentes ... 501
6.4.4. Las infraestructuras del cuidado en las iniciativas comunitarias ... 506

6.5. El cuidado genera comunidad y la comunidad cuida ... 514
6.5.1. El cuidado dentro de la comunidad y sus diferentes dimensiones ... 514
6.5.2. En primera línea: la percepción del riesgo en la provisión de cuidado en las iniciativas comunitarias ... 521

6.6. Procesos y trayectorias de las iniciativas comunitarias: análisis de algunas tensiones ... 529
6.6.1. La relación con la Administración ... 529
6.6.2. La sostenibilidad de las iniciativas ... 534

6.7. Conclusiones: límites y potencialidades de las iniciativas comunitarias frente a la covid ... 539

6.8. Bibliografía ... 543

Capítulo 7. Hacia un modelo alternativo de cuidados ... 547

7.1. Introducción. Hacia un cambio en el modelo de cuidados ... 549

7.2. Primero, las personas ... 551

7.3. Envejecer en el entorno ... 554

7.4. Dignificar el trabajo del sector de los cuidados ... 557

7.5. Reformas del modelo público actual ... 561

7.6. Sociedades cuidadoras, ciudades cuidadoras ... 564
7.6.1. Infraestructuras y espacios de apoyo a la vida cotidiana ... 565
7.6.2. Paradigma urbanístico ... 566

7.6.3. Compromiso y solidaridad 567
7.7. Bibliografía 569

Anexo 1. Tablas de participantes en la investigación 575
A.1.1. Tablas de participantes en las entrevistas 578
A.1.2. Grupos focales 605
A.1.3. Talleres 610

Anexo 2. Cápsulas audiovisuales. Cuidar en tiempos de pandemia 611
A.2.1. Presentación 613
A.2.2. Metodología 613
A.2.3. Las cápsulas audiovisuales 614
Conxita y Rafael: cuidados familiares 614
Iñaki: apoyo a la diversidad funcional 614
Ruth y Janire: cuidar en residencias 615
Patricia y Carolina: trabajadoras de hogar y cuidados 615
Marina: iniciativas comunitarias 616
Cuidar en tiempos de pandemia (Teaser) 616

Acrónimos y siglas 619

INTRODUCCIÓN

EL CUIDADO DE MAYORES Y DEPENDIENTES. ¿QUÉ NOS HA ENSEÑADO LA COVID?

DOLORS COMAS-D'ARGEMIR Y SÍLVIA BOFILL-POCH

Cuando el 14 de marzo del 2020 se declaró el estado de alarma a causa de la pandemia nos enfrentamos a algo inédito que nunca habíamos vivido antes ni pensábamos que íbamos a vivir. La confianza en la bondad de nuestro sistema sanitario nos impedía creer que algo que había empezado tan lejos, en China, nos afectaría. Las imágenes de las calles vacías en pleno día han quedado grabadas en nuestras retinas. También el silencio, el miedo a contagiarnos y a contagiar, la incertidumbre. Nos sentimos vulnerables, aunque esto seguramente lo hemos olvidado ya. Y constatábamos con horror y con dolor como el virus se propagó especialmente entre las personas mayores que vivían en residencias y cruelmente segó muchas vidas.

¿Qué nos ha enseñado la covid respecto al cuidado de personas mayores y dependientes? Este es uno de los retos importantes que tiene la sociedad actual, debido al aumento de la longevidad y de las situaciones de dependencia. La crisis de la covid ha puesto de manifiesto la fragilidad de nuestro sistema de cuidados y ha tenido fuerte impacto en los hombres y mujeres que cuidan, tanto si lo hacen en la familia (de forma no remunerada), como si se trata de trabajadoras/es del sector ocupacional de los cuidados.

Nuestra investigación analiza con perspectiva de género el impacto de la covid en la organización social de los cuidados en España, poniendo el foco en el trabajo de las cuidadoras/es. El ámbito de análisis es el cuidado social (no el sanitario), que está conformado por cuidadoras/es familiares, por trabajadores/as de servicios de cuidado y por empleadas directamente en los hogares para cuidar. En todos los casos se da un fuerte predominio de las mujeres, muchas de las cuales han vivido los efectos de la pandemia con una gran vulnerabilidad y precariedad. Se trata de un tema que requiere mayor atención social y política y que exige un abordaje urgente.

El sector social de los cuidados fue prácticamente ignorado a inicios de la pandemia, hasta que la situación extrema de las residencias hizo estallar una nueva crisis dentro de la emergencia sanitaria[1]. Esta desatención tuvo consecuencias graves para las personas mayores y para las personas con discapacidad, y las ha tenido también para quienes las cuidan o les dan apoyo. La tardanza en subministrar equipos de protección a las trabajadoras provocó contagios entre el personal y las personas residentes que se hubieran podido evitar. Es destacable que, en el mes de agosto del 2020, los fallecimientos en centros residenciales por covid o síntomas compatibles fueron 19.812, lo que representaba un 72% del total de fallecidos por covid en toda España (DEL PINO *et al.*, 2020: 26)[2]. En otros países europeos hubo también un fuerte impacto de la covid en los centros residenciales, pero España es uno de los que lo sufrió con mayor virulencia (COMAS-HERRERA *et al.*, 2020). Factores sociales, políticos y culturales que dan poco valor al cuidado social, especialmente al relacionado con la vejez y la discapacidad, explican

[1] El Ministerio de Sanidad emitió el 5 de marzo del 2020 unas *Recomendaciones a residencias de mayores y centros sociosanitarios para el COVID-19* (Enlace). No fue hasta el 19 de marzo que se dictó la Orden SND/265/2020 para reducir el riesgo de contagio en las residencias y sociosanitarios, cuya aplicación era muy limitada debido a la falta de materiales de protección y al desconocimiento de cómo tratar las personas que se contagiaban (Enlace).

[2] En la primera etapa de la pandemia hubo gran dificultad para tener datos confiables. Señalaremos en todo caso, con datos ya verificados, que en el primer año (mediados de marzo de 2021) los fallecimientos por covid en residencias fueron 30.134, y representaban un 40% del total de fallecidos por covid en España (INSTITUTO DE MAYORES Y SERVICIOS SOCIALES [IMSERSO], 2021).

este olvido y explican los déficits del sistema de atención social (DALY, 2020). La infrafinanciación del sistema de atención a la dependencia incidió también: años y años con falta de inversiones, retrocesos en la aplicación de la Ley de Dependencia[3], plantillas insuficientes en los servicios, y precariedad de los trabajos de cuidados (COSTA-FONT *et al.*, 2021; NAVARRO y PAZOS, 2020). La crisis del coronavirus ha evidenciado todos estos problemas y, al mismo tiempo, ha dado visibilidad a la importancia y rol esencial de los cuidados para mantener la vida y para el funcionamiento de la economía y de la sociedad (BAHN *et al.*, 2020).

La pregunta de investigación más elemental y a la vez profunda y esencial es ¿por qué? ¿Por qué el cuidado social quedó relegado? ¿Por qué el esfuerzo que hicieron las trabajadoras del cuidado para salvar vidas no ha tenido reconocimiento? ¿Qué factores inciden en la escasa valoración que se otorga al cuidado y apoyo hacia personas mayores y con discapacidad?

La pandemia no es solo un problema de salud colectiva; es también un problema de desigualdad, que se expresa con más fuerza en los colectivos más vulnerables: ha sido y es especialmente una amenaza para las personas de más edad, así como para las personas que proveen servicios a la comunidad o tienen trabajos más precarizados. Los riesgos en la salud están desproporcionadamente repartidos. No hemos vivido pues solo una pandemia, sino una sindemia, ya que la enfermedad se exacerba por las desigualdades de salud causadas por la pobreza, la estigmatización, el estrés o la violencia estructural (SINGER *et al.*, 2017). Y en este contexto, el género interviene como un factor de desigualdad. La covid no es solo una enfermedad, sino un hecho biosocial y es en esta dimensión donde situamos el análisis de su impacto en el cuidado de mayores y dependientes.

Motivado por la tiranía de lo urgente, el papel de las mujeres en las crisis sanitarias ha tendido a ser ignorado (SMITH, 2019), y así ha sucedido también en España con la pandemia del coronavirus. Mientras que el Estado asumió la parte sanitaria de la pandemia, atribuyó a los hogares el resto de la lucha contra ella. El confinamiento y las medidas adoptadas con la declaración del estado de alarma, que se prolongó durante meses, comportaron un aumento de las tareas de cuidado en los hogares y exigió, especialmente a las mujeres, un esfuerzo extraordinario, tal como explica María Ángeles Durán (COMAS-D'ARGEMIR y BOFILL-POCH, 2021)[4]. De hecho, la familia ha sido el pilar que ha atendido la pandemia aunque no se haya formulado en estos términos. La pandemia rehogariza funciones sociales (debido al cierre de centros de día, centros educativos, saturación de servicios sanitarios, etc.), funciones que han sido asumidas fundamentalmente por las mujeres de la familia. Especialmente preocupante, por otro lado, ha sido el impacto de la covid en el personal sanitario y en el de cuidado social, que han tenido que trabajar sin materiales de protección adecuados y en condiciones de trabajo inseguras. La pandemia ha confrontado a los y las trabajadoras con situaciones inéditas, de alta tensión y emocionalmente difíciles de encajar (relacionadas con la enfermedad y la muerte, el miedo, el aislamiento…), que en muchos casos han dejado secuelas profundas en su salud física y psicológica. Las mujeres han estado trabajando en primera línea de la pandemia, y aunque el sector sanitario ha tenido reconocimiento social por su labor realizada, no ha sido así con las trabajadoras de residencias o de servicios de cuidado.

Nuestra investigación busca precisamente otorgar visibilidad y reconocimiento al cuidado social, desde el rigor analítico y metodológico que ofrecen las ciencias sociales y el trabajo cualitativo. Muestra las situaciones de riesgo y vulnerabilidad que han vivido las personas

[3] *Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de Dependencia.*

[4] El Gobierno español, con la aprobación del Congreso de Diputados, declaró tres estados de alarma con motivo de la pandemia. El primero se inició el 14 de marzo de 2020 y se prolongó hasta el 21 de junio de 2020. El segundo afectó únicamente a algunos municipios de la Comunidad de Madrid, se inició el 9 de octubre de 2020 y duró 15 días. El tercero se inició el 25 de octubre de 2020 y terminó el 9 de mayo de 2021.

cuidadoras, pero también las experiencias de empoderamiento e iniciativas desplegadas para afrontar la crisis, la solidaridad entre trabajadoras y el compromiso expresado para con las personas cuidadas. Trata los aspectos sociales y culturales que condicionan el escaso valor que se da al cuidado social, que ha evidenciado la falta de atención que personas mayores y personas con discapacidad recibieron al inicio de la pandemia y la vulneración de sus derechos durante la misma. Y aborda los principales déficits y problemas del sistema de cuidados, así como las alternativas para responder a los desafíos que supone el incremento de las necesidades de cuidados en la actualidad.

El abordaje de tales objetivos se organiza en siete capítulos, precedidos de esta introducción. El primer capítulo presenta el contexto en el que irrumpe la pandemia en lo que refiere al sistema de atención a la dependencia. Los capítulos segundo, tercero, cuarto y quinto analizan el impacto de la pandemia en los distintos sectores del cuidado social: cuidado familiar, servicios (atención domiciliaria, centros de día y asistencia personal), residencias, y trabajo de hogar y cuidados. El capítulo sexto aborda el análisis de iniciativas comunitarias que han emergido y/o reforzado su campo de acción durante la pandemia y, finalmente, el capítulo siete presenta líneas de actuación y posibles alternativas al actual sistema de cuidados, a modo de conclusión. El informe termina con dos anexos, uno de carácter metodológico y el otro dedicado a presentar las cápsulas audiovisuales que han sido realizadas también en el marco del proyecto.

La investigación es original en su concepción y en sus resultados, porque aborda el análisis del modelo de cuidados de forma integral desde las posiciones específicas de las personas cuidadoras (familias, trabajadoras de residencias, trabajadoras de asistencia domiciliaria, trabajadoras de hogar, iniciativas comunitarias), integrando además voces de los distintos agentes que configuran el sistema de cuidados (gerentes y directoras/es de servicios; sindicatos y entidades de la sociedad civil; políticas/os y académicas/os); y porque tiene un carácter vivencial, ya que reconstruye las experiencias y percepciones de quienes han estado cuidando durante la pandemia.

Este informe va dirigido a la ciudadanía en general y a profesionales interesados por la intervención social. Aspira a generar incidencia social y política, no solo visibilizando y analizando los efectos de la pandemia sobre el cuidado social y sus trabajadoras/es, sino atendiendo las causas estructurales que explican tales efectos, y señalando, siempre desde una perspectiva de género, posibles líneas de actuación que permitan avanzar hacia un sistema de cuidados más justo, más democrático y más sostenible. Busca, en definitiva, propiciar la incorporación del cuidado en las agendas políticas, tarea que consideramos absolutamente urgente e inaplazable.

La investigación parte de la pregunta que formulamos al inicio de este apartado y que se interroga sobre el poco valor que nuestra sociedad otorga al cuidado social. Nos planteamos a partir de ello tres ejes teóricos: 1) el cuidado como categoría analítica y política, desde la cual examinar críticamente y con perspectiva de género el actual sistema de atención a la dependencia en España, cuyos límites y debilidades se han agravado por el impacto de la pandemia; 2) las desigualdades de género y las desigualdades sociales sobre las que se sustenta el sistema de cuidados, que no solo explican el reparto desigual de los costes de la pandemia, sino que se han visto agravadas y reforzadas con la crisis; 3) la falta de valoración social de la vejez y el edadismo (o discriminación por razón de edad), que se ha expresado con fuerza durante la pandemia, con consecuencias gravísimas sobre las personas mayores dependientes y sus cuidadoras/es y ha conducido a situaciones de exclusión social. La metodología se basa en la aplicación de dos enfoques básicos: a) la perspectiva de género y la interseccionalidad, y b) un enfoque integral y fenomenológico que da voz a quienes cuidan. En los próximos apartados desarrollamos todos estos aspectos.

EL CUIDADO COMO CATEGORÍA ANALÍTICA Y COMO CATEGORÍA POLÍTICA

La pandemia nos ha hecho ver cuáles son los trabajos realmente esenciales, sin los cuales no podríamos vivir ni se sostendría nuestra economía. Las personas imprescindibles, las que no se han podido confinar durante la pandemia, son quienes han hecho posible la vida de los demás. Es el caso del personal sanitario, de las dependientas en supermercados, de los repartidores, de las limpiadoras, de las personas que cuidan a mayores y dependientes. Son la clase cuidadora, apunta David GRAEBER (2006). Son el cuidatoriado, nos dice María Ángeles DURÁN (2018), refiriéndose específicamente al colectivo que proporciona cuidados a niños/as, mayores y enfermos. Son las trabajadoras y trabajadores que, con su esfuerzo cotidiano, remunerado o no, hacen posible que la sociedad funcione.

Se ha evidenciado al mismo tiempo, con toda nitidez, que vivimos en un mundo de valores invertidos, en que las personas más útiles son las menos valoradas. Las actividades de cuidado que mantienen el hilo de la vida cotidiana son devaluadas e invisibilizadas, como también lo es la vida cotidiana. Y son las mujeres quienes mayoritariamente las realizan. El cuidado de hijos/as y de familiares se considera un trabajo hecho por amor o por obligación moral y no se remunera. Cuando el trabajo de cuidados se paga, la remuneración es baja o muy baja. Es fruto de la naturalización de la feminidad, que se proyecta en las profesiones de cuidado. Najat VALLAUD-BELKACEN y Sandra LAUGIER (2020) consideran que hay que tomar conciencia del carácter generizado de los cuidados y de la importancia vital de todo lo que las mujeres hacen cuando cuidan. El cuerpo humano entraña en su condición psíquica y orgánica la posibilidad de ser dañado, y esta vulnerabilidad requiere proporcionar una serie de elementos sin los cuales la vida no se sostiene (nutrir, abrigar, dar cobijo, limpiar, educar, curar, consolar, proteger). Son actividades que a menudo quedan escondidas dentro de los muros de los hogares y que la covid ha exhibido. Los cuidados no solo son necesarios, sino que son también esenciales en nuestras vidas: es a lo que la mayor parte de gente dedica más tiempo y preocupaciones; lo que concentra nuestras pasiones, obsesiones, amores e intrigas; lo que hace famosos a novelistas y cineastas cuando lo describen; lo que recogen la poesía y los mitos; pero es lo que buena parte de la teoría económica y política hace desaparecer (GRAEBER, 2006: 73).

Hace ya años que las investigaciones académicas pudieron mostrar el valor económico del trabajo que se realiza sin remuneración en los hogares (DURÁN, 1988; CARRASCO *et al.*, 2011). Los cuidados, pues, no solo son imprescindibles para mantener la vida; también lo son para el funcionamiento de la denominada economía real, cosa que la propia Organización Internacional del Trabajo (OIT) reconoce. ¿Y si definimos la economía real como la forma en que nos cuidamos mutuamente? (BOLLIER, 2016)[5]. ¿Y si el cuidado lo consideramos un asunto de toda la sociedad y no una cosa de mujeres? (VALLAUD-BELKACEN y LAUGIER, 2020: 4). Finalmente, el cuidado es la base real de nuestra existencia.

Una aportación académica interesante ha consistido en delimitar el llamado cuidado social para distinguirlo del cuidado sanitario (*social care* frente a *health care*). El término de cuidado social se vincula a la noción de dependencia y se restringe a las situaciones que configuran necesidades especiales, como son las que derivan de la crianza (cuidado de niños y niñas) o la atención a personas mayores y dependientes (DALY y LEWIS, 2000). Es lo que Shahra RAZAVI (2007) representa como el diamante del cuidado, que sitúa en cada vértice uno de los cuatro agentes que intervienen en él (familia, mercado, Estado y comunidad). El cuidado social es trabajo (remunerado o no, formal o informal); tiene dimensiones normativas de obligación y responsabilidad, y conlleva unos costes financieros y emocionales. Aunque la identificación de estos cuatro agentes resulta útil como modelo, las investigaciones muestran que a menudo

[5] En un encuentro organizado por la Fundación Heinrich Böll, David Graeber hace una interesante reflexión sobre el valor de la economía del cuidado, de los comunes y de la preservación de la naturaleza (BOLLIER, 2016).

no hay delimitaciones claras entre el papel de cada uno de ellos, pues en la vida real se entremezclan y difuminan. Así sucede en los contextos familiares, por ejemplo, donde se utilizan recursos diversos, procedentes de la propia familia, del entorno comunitario, de las ayudas públicas o de los recursos mercantiles. El concepto de mosaico de recursos de cuidado evoca de forma más precisa los recursos y estrategias distintas, a menudo de difícil encaje, que deben activarse y combinarse para resolver las necesidades de cuidado (SORONELLAS y COMAS-D'ARGEMIR, 2017).

El concepto de cuidado social y la conveniencia (expresada más recientemente en la literatura especializada) de entender de forma amplia el modo en que las sociedades organizan los trabajos de cuidados, consolida el cuidado como categoría académica, y proporciona las bases para su conversión en categoría política (BOFILL-POCH y COMAS-D'ARGEMIR, 2021). A este respecto, Joan TRONTO aporta una definición de cuidado amplia, que va más allá de la intimidad del hogar y del cuidado de personas dependientes, para incorporar la mayoría de las actividades en que nos involucramos los seres humanos para sostener la vida. Según esta autora el cuidado es la "actividad característica de la especie humana que incluye todo lo que hacemos con vistas a mantener, continuar o reparar nuestro 'mundo', de manera que podamos vivir en él lo mejor posible. Este mundo incluye nuestros cuerpos, nuestras individualidades y nuestro entorno, que buscamos tejer juntas en una red compleja que sostiene la vida. (TRONTO, 1993: 103). Dos ideas interesantes se desprenden de sus palabras: 1) el cuidado no solo mantiene la vida, sino que también proporciona bienestar, 2) el cuidado nos pone en relación, se basa en vínculos sociales, construye sociedad. Afirmar que el cuidado construye sociedad significa extender el don y los principios morales que estructuran los cuidados más allá de los lazos familiares para abarcar el conjunto de la sociedad (COMAS-D'ARGEMIR, 2020; THELEN, 2015). De ahí la importancia que tiene considerar la aportación comunitaria a los cuidados, pues las comunidades que cuidan tejen a su vez el entramado de la sociedad (GARCÍA-GARCÍA *et al*., 2021; VEGA-SOLÍS *et al*., 2018). Resaltar la importancia y centralidad del cuidado en la construcción de organización social es una de las constataciones más novedosas en las investigaciones actuales.

Reconocer esta dimensión básica, sustancial, primera, imprescindible del cuidado tiene un profundo calado social y político, así como una importante capacidad transformadora (PÉREZ-OROZCO, 2014). Implica dar la vuelta a la hegemonía utilitarista y mercantilista en que nos vemos envueltos. Permite pensar y reconocer el cuidado como derecho, tanto de quienes proveen cuidados como de quienes los reciben, tal y como hacen ya algunos países que incorporan el cuidado en sus agendas políticas y también algunos organismos internacionales. Incrementar el valor político, económico y social del cuidado implica introducir propuestas políticas que permitan avanzar hacia su democratización. La irrupción del coronavirus nos obliga irremediablemente a pensar cómo seguimos y cómo abordamos hoy y aquí los cuidados.

CUIDADOS, DESIGUALDADES DE GÉNERO Y DESIGUALDADES SOCIALES

Tal y como ha mostrado la pandemia, las familias tienen una importante función asistencial y las mujeres asumen gran parte de la carga del cuidado dentro de ellas. El patrón es tan penetrante que tiende a darse por hecho como parte del orden natural de las cosas, en vez de ser reconocido como una disposición socialmente creada. Lo que subyace al patrón es la profunda creencia de que las mujeres deben cuidar y la ampliamente sostenida expectativa de que las mujeres van a cuidar. Cuidar ha sido un estatus obligatorio para las mujeres en sus roles de esposas, madres, hijas o hermanas (COMAS-D'ARGEMIR, 1995; FEDERICI, 2013; GLENN, 2010). La sobrecarga de cuidados trasladada a las familias durante la pandemia, y asumida fundamentalmente por mujeres, lo ha vuelto a poner en evidencia (BORRÀS CATALÀ y

MORENO-COLOM, 2021). El trabajo doméstico, sin embargo, no es un estado natural de la mujer, ni es su destino. Ha sido una forma de organizar el trabajo que ha propiciado una lógica social y económica basada en la dominación masculina y en las desigualdades sociales. No hay producción sin reproducción, nos decía Marx. No hay trabajador sin una mujer que lo geste y lo críe y sin otra que se ocupe de los quehaceres del hogar, de sus hijos y de sus preocupaciones. Así ha sucedido durante muchas décadas de nuestra historia reciente, y así sigue sucediendo en la actualidad, aunque con matices importantes. Y es que, por un lado, las necesidades de cuidado se han incrementado, por efecto del (sobre)envejecimiento de la población; y no solo ha aumentado su duración, sino también su intensidad y complejidad. Y por otro, la disponibilidad de las mujeres para el cuidado (no remunerado) ha disminuido, debido a cambios socioeconómicos y culturales profundos. Es la denominada crisis de los cuidados, que desde el marco académico feminista se viene anunciando desde hace años (BENERÍA, 2008; PÉREZ-OROZCO, 2006). Es así que el cuidado desborda el marco familiar y pasa a ser una cuestión social y política. La crisis sociosanitaria impacta sobre la crisis de los cuidados, una crisis que es sistémica y que es parte de una crisis de reproducción social, que expresa las contradicciones socio-reproductivas del capitalismo contemporáneo (FRASER, 2016; CARRASCO, 2017).

Lo cierto es que las desigualdades entre hombres y mujeres parten de lo que podemos denominar brecha de los cuidados, pues el desigual reparto del trabajo y de los tiempos de cuidados en los hogares es lo que hace posible que los hombres puedan dedicarse plenamente a la vida laboral (DÍAZ *et al*., 2016; LEGARRETA y SAGASTIZÁBAL, 2020). De hecho, la aportación masculina a los cuidados es vertiente material, que puede ser gravosa de cumplir, aunque sí se remunera y se reconoce. Esto no sucede con el cuidado directo a las personas que se prodiga en los hogares sin remuneración alguna, que ocupa un tiempo fragmentado difícil de compaginar con otras actividades y que limita las oportunidades de las mujeres, lo que impacta en sus trayectorias laborales y sociales (ROGERO-GARCÍA y GARCÍA-SÁINZ, 2016). Esto hace que las mujeres dependan económicamente de los hombres, o que tengan salarios más bajos, pensiones más bajas y que la pobreza sea femenina. Pese a que esta división sexual del trabajo se ha roto de hecho en la actualidad, en que las mujeres participan masivamente en el ámbito laboral y predominan las familias de doble salario, los hombres siguen sin involucrarse en la misma medida en el cuidado directo, que sigue recayendo en las mujeres de forma predominante (COMAS-D'ARGEMIR, 2016; COMAS-D'ARGEMIR y SORONELLAS, 2019).

Que los cuidados se consideren un asunto privado y de mujeres no solo genera injusticias de género sino también injusticias sociales. En primer lugar, porque las familias más pobres no pueden contar con los recursos que proporciona el mercado para cuidar y la vida de las mujeres está mucho más condicionada por los avatares del ciclo de vida y las necesidades de cuidados, de manera que para poder subministrarlos han de reducir o abandonar su empleo. En segundo lugar, porque en la vejez se acumulan las desigualdades en salud, y las personas más pobres tienen una esperanza de vida inferior a la del resto de población y requieren más cuidados. Y, en tercer lugar, porque la ausencia de unas políticas públicas que asuman las necesidades de cuidados con eficacia acentúa las desigualdades entre unos sectores de población y otros.

Cuando los cuidados son provistos desde servicios públicos o privados (centros de día, asistencia domiciliaria, residencias…), las trabajadoras son también mujeres en su mayoría y muchas de ellas son extranjeras. Los trabajos remunerados de cuidados se caracterizan por tener salarios bajos, pocos requerimientos formativos, baja cualificación, escaso reconocimiento profesional y pocas posibilidades de movilidad ascendente. Tienen como característica, a su vez, que no se pueden deslocalizar ni tampoco incrementar la productividad si no es a costa de afectar a la calidad del cuidado (RAZAVI y STAAB, 2010). Son

trabajos asociados al universo femenino, a la cultura de clase obrera y, cada vez más, a la extranjería. Hemos podido constatar que estos factores inciden en la escasa presencia masculina en estos trabajos (BODOQUE-PUERTA *et al.*, 2016).

Ante la falta de servicios públicos de cuidado, la contratación de empleadas de hogar como cuidadoras se erige en la alternativa seguida por las familias. Según Raquel MARTÍNEZ-BUJÁN (2011) esto ha supuesto un cambio en el régimen de cuidados español, donde la reorganización de los cuidados no pasa por una división sexual e intergeneracional más equilibrada en las tareas asistenciales, sino en la mercantilización de estos trabajos. Esto conforma una arquitectura del cuidado fuertemente estratificada, basada en el trabajo de mujeres migrantes con condiciones laborales muy precarizadas (HERNÁNDEZ CORDERO, 2016; OFFENHENDEN, 2017). Las políticas públicas influyen en esta desigualdad, tanto a través de las regulaciones de extranjería, como por el tipo de régimen laboral de las empleadas domésticas, que es muy precario, lo cual propicia que este sector se ocupe con personas extranjeras, que se exponen a todo tipo de abusos y vulneraciones (BOFILL-POCH y MÁRQUEZ, 2020). Este tipo de arreglos está tan generalizado en los países mediterráneos, que Francesca BETTIO, Annamaria SIMONAZZI y Paola VILLA (2006) han llegado a afirmar que se ha producido una transición del modelo de cuidado familiar a un modelo de inmigrantes en la familia, lo que expresa, a su vez, la dimensión global de las políticas de cuidado.

Este modelo de jerarquización y división de los roles de género fomenta la precarización en las condiciones de trabajo y contratación ofrecidas a las mujeres en general y a las que ejercen labores domésticas y de cuidado en particular. En otras palabras, la generización de los trabajos que soportan la vida y su consecuente asociación con labores no remuneradas, actúan como factor devaluador de los trabajos de cuidados ejercidos por las mujeres, sean estos profesionalizados o no. La precarización social, económica y política de las vidas de estas mujeres es el resultado de mecanismos de acumulación por desposesión (HARVEY, 2004), un eslabón más en la cadena de producción de vidas precarias que produce el capitalismo. En momentos de crisis (como el que estamos viviendo) los mecanismos de desposesión se intensifican, con la devolución de la responsabilidad pública reproductiva a los hogares, y el incremento de la carga global de trabajo sobre las mujeres (EZQUERRA, 2012). Las mujeres cuidadoras vienen a llenar los vacíos sociales de protección que las políticas sociales no han querido resolver en lo que concierne al cuidado de poblaciones vulnerables. Si bien la crisis sanitaria originada por la pandemia ha sacado a la luz la necesidad de las labores de cuidado, no ha producido un cambio estructural en la consideración del cuidado como un elemento central de la vida social y no marginal (MORÉ, 2020), perpetuando su desvalorización y la precarización de la vida de aquellas que cuidan.

CUIDADOS, VEJEZ Y DISCAPACIDAD

Las personas mayores han sido consideradas un colectivo de riesgo durante la pandemia. La crisis sociosanitaria ha tenido un impacto fuerte sobre las personas de más edad. Las elevadas cifras de afectación y fallecimientos en residencias por coronavirus en España son impactantes (una de las más elevadas de la UE-15) pero todavía lo es más aquello de lo que nos hablan estas cifras: falta de políticas públicas adecuadas dirigidas a la atención de personas mayores (y con discapacidad), infantilización y paternalismo, invisibilidad, falta de valoración social de la vejez, en definitiva. La pandemia ha puesto en evidencia la relación entre envejecimiento y exclusión social y nos interpela sobre un aspecto más radical todavía, como es la condición que reservamos a la vejez en nuestra sociedad.

Como señalan Kieran WALSH *et al.* (2021), la pandemia alerta sobre la necesidad de atender la interacción entre políticas públicas y experiencias de exclusión de las personas mayores. Al

respecto, identifican diversos mecanismos de exclusión que se han manifestado de forma clara durante la crisis sociosanitaria: 1) Exclusión derivada de los mecanismos adoptados por las administraciones para evitar la expansión del coronavirus, que se traducen en barreras para acudir a servicios de salud, agudización de padecimientos, incremento del riesgo de soledad, o la brecha digital. 2) Exclusión de servicios médicos, motivada por decisiones políticas (con cuestiones de responsabilidad moral asociadas) que comportaron la priorización en la atención a personas más jóvenes y pacientes sanos con una mayor probabilidad de recuperación. 3) Discursos públicos sobre la vejez que ofrecen miradas paternalistas y medidas proteccionistas que homogeneizan la vejez y consideran a las personas mayores como sujetos vulnerables y pasivos, lo que ha ocultado la diversidad de situaciones y necesidades y también las iniciativas de las personas mayores que surgían durante la pandemia (WALSH *et al.*, 2021: 13-14). Efectivamente, la percepción de los individuos como meros receptores de cuidados genera prácticas edadistas que, entre otras cosas, infantilizan, presuponen dependencia y falta de competencia y estigmatizan, lo cual contribuye a su exclusión social (VILLAR *et al.*, 2021). Así se ha mostrado durante el confinamiento, con respuestas políticas que afectaron específicamente a las personas mayores y que, aunque se erigieron en proteccionistas, actuaron en la práctica como mecanismos de exclusión y de marginalización, lo que se acentuó en quienes viven en residencias.

La etapa de la vejez se ha dilatado en el tiempo y supone una percepción nueva del curso vital. Actualmente, una mujer española de 70 años tiene la misma esperanza de vida que tenía una mujer española de 56 años en 1960. Se han generado nuevos envejecimientos (COMAS D'ARGEMIR y ROIGÉ, 2018), que entrañan cambios en la definición de qué es una persona mayor, crean unas relaciones intergeneracionales inéditas y nuevos campos de actividad y de consumo. Pero a pesar de estos cambios positivos, la vejez se concibe como una catástrofe. Tanto es así que señalar la edad avanzada de una persona o considerarla vieja es prácticamente un insulto; va en contra de los buenos modales y la buena conducta. Se trata de "una especie de secreto vergonzoso del cual es indecente hablar" (BEAUVOIR, 1970: 7). Utilizamos términos como los de tercera edad, personas mayores, o incluso abuelos que sirven para nombrar la vejez sin pronunciarla.

Nos hemos de preguntar por qué la vejez sufre menosprecio y relegación. Las mismas causas podemos atribuir a la discapacidad. En nuestra sociedad, aquellas personas cuya existencia no representa un activo económico actual o potencial son consideradas improductivas e, incluso, un riesgo económico, una carga (en términos del gasto social y sanitario). Mientras que la infancia proporciona una perspectiva de futuro, la vejez supone decrecer en valor social. Asociar la vejez a la dependencia, al deterioro o a la incapacidad es resultado de entender la vida humana desde una perspectiva netamente mercantilizada y de ahí el rechazo de quienes no se consideran productivos.

Los estereotipos de edad, también llamados edadismos, suelen existir y operar sin conciencia dentro del entramado social. A diferencia de los racismos o sexismos, la discriminación por edad actúa de forma silenciosa, sin que se considere ofensiva o denigrante. Hay una tácita condescendencia social en el trato que se da a las personas mayores, ampliamente aceptada, que se expresa a través de prácticas y actitudes inconscientes en la mayoría de ocasiones, pues sus principios se hallan en nuestros pensamientos, sentimientos, juicios y decisiones (LEVY y BANAJI, 2002). A diferencia de otros tipos de discriminación como los basados en la raza y el género que cuentan con agentes para denunciarlos, deconstruirlos y cambiarlos, las prácticas edadistas carecen de divulgadores, pues ni siquiera se las reconoce como discriminatorias. Durante la pandemia, todos los estereotipos negativos sobre la vejez se agudizaron e impactaron dramáticamente sobre las personas etiquetadas como viejas, pues han contribuido a despersonalizarlas y a deshumanizarlas y a devaluar la etapa final de la vida (MEISNER, 2020;

PREVITALI *et al.*, 2020). Además de la crisis del coronavirus *per se*, de la ansiedad y el miedo que este produce, las personas mayores han tenido que afrontar la hostilidad de los edadismos que han violado derechos humanos, al establecer limitaciones a su autonomía e incluso a acceder al esfuerzo terapéutico. (EHNI y WALL, 2020).

La edad no es una debilidad. Si así se concibe, estamos en riesgo de un apartheid generacional (GUÉRIN y FOURNIER, 2005). Por otro lado, es fácil vincular la edad a una fragilidad generalizada. La socióloga Rose-Marie LAGRAVE (2009) propone re-encantar la vejez, asumiéndola como una etapa de libertad y de cuidado mutuo. Propone aprender a envejecer mediante la incorporación progresiva a lo largo de toda la vida de un *habitus* de autonomía (que desde el feminismo siempre se ha defendido) y de asumir el cuidado en su dimensión política, que identifica como un trabajo de incitación y de acompañamiento durante toda la vida.

Como señala Silvia FEDERICI (2015) el trabajo de cuidado de las personas mayores sufre una doble devaluación: social y cultural. Y esto es así por el hecho de que la vejez es entendida como un estado de dependencia, y porque al cuidado se le da poco valor. A partir de esta doble devaluación, se explica que las personas que cuidan hayan sido las grandes olvidadas en la pandemia.

ENFOQUE DE GÉNERO E INTERSECCIONALIDAD

En esta investigación aplicamos la perspectiva de género como un enfoque metodológico que nos permite analizar las construcciones sociales y culturales por las que los trabajos de cuidados se vinculan con las mujeres, así como el escaso valor social y económico que se les atribuye. Es un enfoque fundamental y estratégico para promover la igualdad entre hombres y mujeres, tal como defendió la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer celebrada en 1995. Se trata de examinar cómo el género, como principio que organiza la sociedad en su conjunto, impacta en las oportunidades de las personas, en sus roles, expectativas e interacciones sociales. Constituye, por tanto, un potente instrumento de intervención social.

En un informe reciente publicado por el INSTITUTO DE LA MUJER (2020), titulado *La perspectiva de género, esencial en la respuesta a la COVID-19*, se afirma que las medidas adoptadas para contener la crisis sociosanitaria han tenido graves repercusiones económicas y sociales, que han afectado de forma específica a las mujeres. Y esto se debe, entre otras cosas, a la centralidad que ocupan las tareas de cuidado en sus vidas. Las políticas adoptadas para paliar los efectos de esta crisis pueden, en efecto, generar nuevas vulnerabilidades y agravar las desigualdades ya existentes entre hombres y mujeres. Leer la crisis con perspectiva de género es imprescindible, no solo para visibilizar tales efectos, sino para revertir el impacto negativo que esta (y otras crisis) han tenido sobre las mujeres (y otros colectivos vulnerabilizados).

La perspectiva de género es útil y necesaria también para visibilizar la importancia y centralidad del trabajo de cuidados para la reproducción social, un sector feminizado y precarizado, asentado sobre injusticias de género e injusticias sociales. El cuidado social, casi en su integridad, lo ejercen mujeres, y cuidar empobrece. Es, sin embargo, una actividad esencial, que no puede dejar de hacerse a costa de la vida misma, como bien ha mostrado la pandemia. Por ello es necesario que los cuidados formen parte de la estrategia social y económica de los estados, que entren en la agenda pública, y que esta incluya el enfoque de género (INSTITUTO DE LA MUJER, 2020).

Como señala el EUROPEAN INSTITUTE FOR GENDER EQUALITY (2020), hay toda una serie de factores en los cuidados a mayores y dependientes en que el género impacta y que plantea retos específicos: 1) las necesidades de cuidado afectan desproporcionadamente a las mujeres, por el simple hecho de que viven más años; 2) la falta de servicios de cuidado pone en riesgo

la independencia económica de las mujeres; 3) las cuidadoras familiares necesitan apoyo y reconocimiento, lo cual es esencial en un momento en que las políticas de la Unión Europea promueven la desinstitucionalización del cuidado y se devuelve la responsabilidad pública a los hogares; 4) las situaciones de discapacidad se deben atender desde la infancia y deben facilitarse servicios de atención domiciliaria; 5) las trabajadoras del cuidado requieren ser compensadas con mejores retribuciones y hay que fortalecer los servicios sociales; 6) deben mejorarse los indicadores que permiten conocer la participación de hombres y mujeres en estas tareas.

Las respuestas políticas planteadas para dar salida a la crisis generada por la pandemia deben evitar producir nuevas desigualdades. Por ello la perspectiva de género se ha de aplicar en intersección con los múltiples factores que generan vulnerabilidad, como los basados en diferencias étnicas o raciales, la extranjería o la clase social (a los que pueden sumarse la edad, la discapacidad, la orientación sexual, entre otros) (CRENSHAW, 2012). Son factores que afectan también a la capacidad de hacer frente a la crisis y participar en las respuestas (CASTELLANOS-TORRES *et al.*, 2021).

Añadimos, además, que adoptamos una perspectiva feminista, comprometida con el cambio y la transformación social, que pone en valor las actividades que realizan las mujeres (y que han sido devaluadas) y que denuncia las condiciones de opresión y discriminación que sufren las mujeres por el hecho de ser mujeres. A pesar de que la perspectiva de género se ha ido incorporando a los marcos normativos, tanto a nivel estatal como internacional, hay resistencias en su aplicación, y el compromiso por la igualdad no se ha considerado prioritario (ALFAMA *et al.*, 2014). Así sucede también con las políticas de bienestar, que presuponen (en mayor o menor medida) una organización social del cuidado de carácter familiarista basada en la explotación del trabajo de cuidados no remunerado de las mujeres y en unos empleos de cuidados fuertemente precarizados.

Finalmente, y en estrecha interrelación con las perspectivas de género, interseccional y feminista, integramos también la perspectiva de la discapacidad, que ha construido un potente discurso acerca del derecho a tener una vida independiente. Las organizaciones de personas con discapacidad han realizado una crítica profunda a la manera en que se organiza el cuidado social, donde la persona que recibe cuidados se la convierte en un agente pasivo que deja de poder decidir sobre su vida (DEJONG, 1979). Los puntos de confluencia entre el feminismo y el movimiento de la discapacidad se hallan en las desventajas sociales que sufren ambos colectivos (aunque sea por motivos diferentes) y en la reivindicación de la emancipación (MCLAUGHLIN, 2020). Desde esta perspectiva resulta enriquecedor tener en cuenta las demandas formuladas desde la una óptica de justicia social para que el cuidado y el apoyo se perciban como un derecho civil y humano, y para que el valor de controlar la propia vida se asocie al valor de la interdependencia.

ENFOQUE INTEGRAL Y FENOMENOLÓGICO: LAS VOCES DE QUIENES CUIDAN

La presente investigación es original en su metodología. A diferencia de estudios que han abordado la problemática de forma sectorial (incidiendo por ejemplo en un aspecto o sector determinado: las residencias, el trabajo de hogar, las familias…), aquí se aborda el impacto de la pandemia sobre las trabajadoras/es del cuidado bajo un enfoque integral (holista), incidiendo en la especificidad de cada uno de los sectores y trabajos analizados (cuidado familiar, residencias, atención domiciliaria, atención personal, trabajo de hogar, iniciativas comunitarias), y al mismo tiempo, situando cada uno de ellos en un marco de análisis y reflexión más amplio, donde los relatos y experiencias confluyen y permiten obtener una

imagen global, compleja y poliédrica capaz de interpelar el sistema de cuidados en su conjunto.

Para ello se ha priorizado un abordaje fenomenológico, donde se recogen las voces y testimonios de los y las protagonistas, trabajadoras y trabajadores del cuidado. Así, ponemos en el centro y damos toda la importancia a los relatos de las personas que cuidan y han cuidado durante la pandemia, cuya experiencia ha quedado en buena medida silenciada e invisibilizada, a quienes consideramos, no solo objeto de estudio, sino sujetos de conocimiento (GREGORIO, 2014; HARDING, 1987; MARTÍN PALOMO y MUÑOZ TERRÓN, 2014; MOLINIER *et al.*, 2009). Son expertas en su área, y así nos lo han transmitido: ellas han estado al pie de la pandemia, ellas han vivido y padecido los efectos de un sistema de atención a la dependencia que en muchos sentidos desprotege a sus trabajadoras, han sentido y padecido el dolor de las personas cuidadas y el suyo propio como profesionales. Sus voces transmiten sufrimiento, miedo, impotencia en muchos casos, pero también profesionalidad, esfuerzo, solidaridad y compromiso. El valor de sus testimonios es inequívoco. Necesitaban hablar porque tenían mucho que explicar, y así nos lo han expresado.

Además de las trabajadoras, hemos recogido también el testimonio de otros agentes que intervienen en los cuidados: directoras/es y gerentes de servicios, representantes sindicales, patronales, agentes de intermediación sociolaboral, entidades sociales, asociaciones y plataformas de trabajadoras y de familiares, académicas/os, y representantes políticos. Como método, consideramos que todos ellos hablan con sinceridad, partiendo de sus experiencias y sus razones, y que todas sus voces son igualmente relevantes, todas aportan conocimiento, aunque no siempre son coincidentes y apuntan conflictos y tensiones (como sucede, por ejemplo, en el caso de las directoras de residencias y de las familias que han iniciado procesos judiciales). El cruce de estos relatos, por su parte, aporta un filtro crítico para una mejor comprensión de lo que sucedió durante la pandemia. Analizamos en cada caso las aportaciones, pero también los silencios (lo que no se explica) y las contradicciones internas, en línea con la metodología propuesta por Didier FASSIN (2020). Lo significativo (y esta es la fuerza del estudio) es que a pesar de que los relatos pueden ser divergentes e incluso antagónicos, convergen en diagnósticos similares, que apuntan a los déficits del actual sistema de atención a la dependencia. Convergen en la necesidad de transformar el modelo actual y avanzar hacia un nuevo modelo. Así, nuestro análisis va más allá de las experiencias de cada persona entrevistada, y se amplía a las condiciones sociales de posibilidad de los hechos, lo que nos remite a analizar la situación estructural del modelo de cuidado social y, más en concreto, de cada uno de los servicios y situaciones observadas. Se combinan así las experiencias cotidianas a nivel micro, con los factores estructurales que inciden en los trabajos de cuidado.

Investigar en situación pandémica ha constituido, sin duda, un reto ético y metodológico de primer orden. El contexto de la pandemia nos ha obligado a sortear situaciones emocionalmente intensas y comprometidas. Revivir experiencias vividas, especialmente en las primeras etapas de la pandemia, ha resultado doloroso para nuestros participantes en muchos casos. Ha habido momentos particularmente emotivos, en que participantes e investigadoras hemos llorado. Momentos en que se ponía al descubierto la dureza de las situaciones que han tenido que afrontar las personas que estaban cuidando a mayores y dependientes, en situación de contagio, con una fuerte preocupación por sus familias, en un insoportable contacto con la muerte de personas que conocían y que durante años habían tratado diariamente. Y, evidentemente, el sufrimiento de las familias que padecían por el padre o la madre que estaba en una residencia; o que se vieron desbordadas e impotentes si cuidaban en el hogar a la persona dependiente, ahogadas por el peso del confinamiento y la carga de cuidados. El paso del tiempo ha ido diluyendo el dramatismo de las primeras fases de la pandemia, aunque las

dificultades han persistido. Queremos expresar nuestro profundo agradecimiento a estas personas, quienes a pesar de la falta de tiempo y de las situaciones enormemente difíciles que estaban viviendo, han encontrado el momento para atendernos y confiarnos su testimonio, que es sumamente importante. Como equipo de investigación damos todo el valor a los testimonios recogidos y al tiempo dedicado.

TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN

La presente investigación ha sido realizada entre julio de 2020 y diciembre de 2021 por un equipo interdisciplinar de antropología, sociología y trabajo social de diez universidades distintas (Universitat Rovira i Virgili; Universitat de Barcelona; Universidad Complutense de Madrid; Universidad Autónoma de Madrid; Universidade da Coruña; Euskal Herriko Universitatea; Universidad de Murcia; Universidad de Granada; Universitat de València; y Universidad de Zaragoza).

Se trata de una investigación cualitativa, aunque hemos utilizado también técnicas de investigación cuantitativa que nos han servido para analizar la aplicación de la Ley de Dependencia, así como para dimensionar el sector ocupacional de los cuidados. Para ello se han consultado fuentes estadísticas y bases de datos de organismos oficiales.

Las técnicas cualitativas se han centrado en la metodología etnográfica, basada en el trabajo de campo. El trabajo de campo se realizó entre mayo de 2020 y febrero de 2021, y combinó entrevistas semi-dirigidas individuales y grupales (conducidas a partir de guías de entrevista abiertas), con la realización de grupos focales, talleres de co-creación y cápsulas audiovisuales. En total se han realizado 343 entrevistas, 8 grupos focales, 5 talleres y 6 cápsulas audiovisuales. También hemos tenido en cuenta los documentos e informes que se han generado para analizar la pandemia, así como los datos emanados desde organismos oficiales.

Las entrevistas han sido presenciales cuando así lo han preferido las personas entrevistadas y las hemos realizado en residencias, despachos, hogares, o cafeterías. Pero debido al contexto singular de la pandemia, la mayor parte del trabajo de campo se realizó de manera virtual a través de distintas plataformas digitales como Skype, WhatsApp, Teams o Meet Google.

En cada uno de los capítulos de este informe especificamos los criterios con los que se han confeccionado las muestras de participantes, así como el número concreto de entrevistas y su distribución territorial. En términos generales podemos decir que el criterio seguido para la selección de participantes ha sido no tanto su carácter representativo como significativo: para cada uno de los sectores analizados (cuidado familiar, servicios de ayuda a domicilio, residencias, trabajadoras de hogar y cuidados, e iniciativas comunitarias), se han definido las variables que caracterizan a cada sector, así como las que aportan diversidad en él (como, por ejemplo, el ámbito territorial, la titularidad de los servicios, la ocupación laboral, origen, etc.) y se ha procurado que las personas participantes cubrieran todas estas variables. Así, las 343 entrevistas se han llevado a cabo a responsables de servicios (directoras/gerentes), responsables de las administraciones competentes, trabajadoras, familiares, sindicatos, patronales, activistas sociales y profesionales. También hemos entrevistado a representantes políticos, tanto del Congreso de los Diputados como de algunos Parlamentos autonómicos y, en el caso del País Vasco, también Diputaciones Forales y Juntas Generales. Todos los grupos políticos sin excepción fueron invitados a participar, y a pesar de que no tuvimos respuesta de alguno de ellos, sí podemos decir que se ha cubierto el amplio abanico de perspectivas políticas, y sí podemos avanzar el elevado consenso existente ante la necesidad de introducir cambios y mejorar el sistema de atención a la dependencia, aunque lógicamente con matices diferentes. El Anexo 1 de este informe recoge de forma detallada las características de todas las personas participantes en el estudio.

Los grupos focales se orientaron a abrir espacios de reflexión compartida, estimular el debate entre agentes distintos del cuidado, crear vínculo y reconocimiento. El primero reunió experiencias cooperativas de atención domiciliaria y se organizó en colaboración con Coòpolis-Ateneu cooperatiu de Barcelona. El segundo congregó a cuidadoras familiares y fue organizado en colaboración con el Ayuntamiento de Barcelona (Serveis Socials de l'Esquerra de l'Eixample). Los seis restantes reunieron trabajadoras del cuidado (remunerado y no remunerado), gerentes y directoras de servicios y representantes sindicales. Se organizaron en el marco del ciclo de actividades *Envejecimiento y necesidades de cuidado. Una cuestión social y política* celebrado en el Palau Macaya de Barcelona a inicios del año 2021. Finalmente, los talleres se celebraron en el marco de la jornada de co-creación *Modelos alternativos de cuidado*, enfocada a debatir con profesionales y académicas/os el modelo de cuidado y los retos de futuro.

Las seis cápsulas audiovisuales proponen un formato creativo de comunicación y difusión de los resultados de la investigación, hacia la ciudadanía en general. Las cápsulas se realizaron en colaboración con un profesional en producción audiovisual (Andrea Lolicato) durante los meses de mayo-julio 2021. El Anexo 2 del informe recoge una descripción de cada una de las cápsulas, así como los enlaces y códigos *quick response* (QR) para acceder a cada una de ellas.

Las dificultades que a priori pensamos que implicaría trabajar de forma virtual (realizar entrevistas, grupos focales y talleres por medios telemáticos) fueron rápidamente superadas. El contexto pandémico (y la alfabetización digital acelerada que ha comportado) ayudó a asumir con cierta naturalidad que esta sería la forma idónea de comunicación, tanto en el caso de las investigadoras, como de las personas participantes. Sin duda, la presencialidad, que sí hemos practicado cuando ha sido posible, aporta elementos para el análisis que difícilmente pueden ser captados virtualmente, pero la virtualidad ha mostrado en este contexto singular todo su potencial metodológico. Uno de los aspectos más positivos (además de posibilitar la comunicación en un momento en que desplazarse y encontrarse presencialmente estaba desaconsejado) ha sido poder reunir en un mismo espacio virtual personas distantes, y generar espacios de intercambio que hubieran sido más difíciles y costosos de organizar de forma presencial (caso por ejemplo de los talleres de co-creación en que participaron personas invitadas de todo el territorio español). La virtualidad ha posibilitado también entrevistar a través del WhatsApp a trabajadoras de hogar en régimen interno, confinadas en sus lugares de trabajo, pudiendo hablar con ellas en los momentos álgidos de la pandemia, ofreciendo una ventana comunicativa necesaria también para ellas.

Entrevistas, grupos focales y talleres fueron debidamente registrados, transcritos y analizados con el programa de tratamiento de datos cualitativos Atlas.ti. El informe ha sido redactado con rigurosidad académica, que hemos combinado con un lenguaje asequible para toda persona interesada en el tema. Destacamos como un elemento sustancial que en el texto se aportan testimonios directos de las vivencias y reflexiones de las personas entrevistadas, tanto reproduciendo algunas de sus explicaciones como intercalando viñetas que aportan ejemplos de casos concretos.

Hemos aplicado, por supuesto, las normas éticas de toda investigación social, como es la explicación de los objetivos de la investigación a todas las personas participantes, los consentimientos informados y la confidencialidad. Es importante especificar que todos los nombres y lugares que hacen posible la identificación personal, han sido anonimizados (excepto en el caso de cargos públicos, activistas sociales y profesionales que sí han permitido que su nombre apareciera). Todos los materiales de investigación (grabaciones, transcripciones y fichas de participantes) están depositados en un repositorio de la Universitat Rovira i Virgili de acceso cerrado.

Parte de nuestro compromiso ético es devolver los resultados del proyecto a todas las personas participantes y difundir el contenido de nuestra investigación en los contextos académicos, así como en los ámbitos sociales y políticos.

BIBLIOGRAFÍA

ALFAMA, Eva; CRUELLS, Marta y DE LA FUENTE, María (2014): "¿Qué ha cambiado con esta crisis? El mainstreaming de género en la encrucijada", *Investigaciones feministas*, 5, 69-95.

BAHN, Kate; COHEN, Jennifer y VAN DEL MEULEN RODGERS, Yana (2020): "A feminist perspective on COVID-19 and the value of care work globally", *Gender Work Organization,* 27, 695-699.

BEAUVOIR, Simone (1970): *La vieillesse*, Paris, Gallimard.

BENERÍA, Lourdes (2008): "The crisis of care, international migration, and public policy", *Feminist Econ*omics, 14, 3, 1-21.

BETTIO, Francesca; SIMONAZZI, Annamaria y VILLA, Paola (2006): "Change in care regimes and female migration: the 'care drain' in the Mediterranean", *Journal of European Social Policy*, 16, 3, 71-285.

BODOQUE-PUERTA, Yolanda; COMAS-D'ARGEMIR, Dolors y ROCA-ESCODA, Mireia (2020): "'What I really want is a job'. Male workers in the social care sector", *Masculinities and Social Change,* 9, 2, 207-234.

BOFILL-POCH, Sílvia y COMAS-D'ARGEMIR, Dolors (2021): "Promoviendo la justicia social y de género en el cuidado de mayores y dependientes", en Dolors COMAS-D'ARGEMIR y Sílvia BOFILL-POCH (eds.), *El cuidado de mayores y dependientes: avanzando hacia la igualdad de género y la justicia social*, Barcelona, Icaria, 9-34.

BOFILL-POCH, Sílvia y MÁRQUEZ, Raúl (2020): "Indefensión, injusticia y merecimiento en el colectivo de trabajadoras del hogar: análisis de casos judicializados", *Etnográfica*, 24, 1, 225-244.

BOLLIER, David (2016): *Re-imagining value. Insights from the care economy, commons, cyberspace and nature. A deep dive hosted by commons strategies group in cooperation with the Heinrich Böll Foundation and David Graeber*, Heinrich Böll Stiftung, Enlace.

BORRÀS CATALÀ, Vicent y MORENO-COLOM, Sara (2021): "La crisi de la covid-19 i el seu impacte als treballs: una oportunitat perduda?", *Anuario IET de Trabajo y Relaciones Laborales*, 7, 187-09, Enlace.

CARRASCO, Cristina (2017): "La economía feminista. Un recorrido a través del concepto de reproducción", *Ekonomiaz*, 91, 52-77.

— ; BORDERÍAS, Cristina y TORNS, Teresa (2011): *El trabajo de cuidados: historia, teoría y políticas*, Madrid, Catarata.

CASTELLANOS-TORRES, Esther; MATEOS, José Tomás y CHILET-ROSELL, Elisa (2021): "COVID-19 en clave de género", *Gaceta Sanitaria*, 34, 5, 419-421.

COMAS-D'ARGEMIR, Dolors (1995): *Trabajo, género y cultura. La construcción de desigualdades entre hombres y mujeres*, Barcelona, Icaria.

— (2016): "Hombres cuidadores: barreras de género y modelos emergentes", *Psicoperspectivas,* 15, 3, 10-22.

— (2020): "Cuidados, derechos y justicia", en Mikel ARAMBURU y Sílvia BOFILL-POCH (eds.), *Sentidos de injusticia, sentidos de crisis: tensiones conceptuales y aproximaciones etnográficas*, Barcelona, Edicions Universitat de Barcelona, 119-135.

— y ROIGÉ, Xavier (2018): "Between family and state: The new faces of ageing in Europe", *Ethnologie francaise*, 48, 3, 389-400.

— y SORONELLAS, Montserrat (2019): "Men as carers in long-term caring: doing gender and doing kinship", *Journal of Family Issues,* 40, 3, 315-339.

— y BOFILL-POCH, Sílvia (2021): "Entrevista a María Ángeles Durán 'Pandemia y Cuidados'", en Dolors COMAS-D'ARGEMIR y Sílvia BOFILL-POCH (eds.), *El cuidado de mayores y dependientes. Avanzando hacia la igualdad de género y la justicia social*, Barcelona, Icaria, 35-54.

COMAS-HERRERA Adelina; ZALAKAÍN Joseba; LEMMON, Elizabeth; HENDERSON, David; LITWIN, Charles; HSU, Amy T.; SCHMIDT, Andrea E.; ARLING, Greg; KRUSE, Florien y FERNÁNDEZ, Jose Luis (2020): *Mortality associated with COVID-19 in care homes: international evidence* (Report LTCcovid.org), International Long-Term Care Policy Network, CPEC-LSE, Enlace.

COSTA-FONT, Joan; JIMÉNEZ MARTIN, Sergi y VIOLA, Analía (2012): "Fatal underfunding? Explaining COVID-19 mortality in Spanish nursing homes", *Journal of Aging and Health*, 33, 7-8, 607-617.

CRENSHAW, Kimberlee Williams (2012): "Cartografiando los márgenes: interseccionalidad, políticas identitarias y violencia contra las mujeres de color", en Raquel (Lucas) PLATERO (ed.), *Intersecciones: cuerpos y sexualidades en la encrucijada*, Barcelona, Edicions Bellaterra, 87-122.

DALY, Mary (2020): "COVID-19 and care homes in England: What happened and why?", *Social Policy & Administration,* 54, 7, 985-998.

— y LEWIS, Jane (2000): "The concept of social care and the analysis of contemporary welfare states", *The British Journal of Sociology*, 51, 2, 281-298.

DEJONG, Gerben (1979): "Independent living: from social movement to analytic paradigm", *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 60, 435-446.

DEL PINO, Eloísa; MORENO, Javier; CRUZ, Gibrán; HERNÁNDEZ, Jorge; MORENO Luis; PEREIRA, Manuel y PERNA, Roberta (2020): *Informe gestión institucional y organizativa de las residenciad de personas mayores y COVID-19: dificultades y aprendizajes*, Madrid, Instituto de Políticas y Bienes Públicos, Enlace.

DÍAZ, Capitolina; JABBAZ, Marcela; AGUADO, Empar y GONZÁLEZ, Lydia (2016): "Las brechas de género: brecha de cuidados, brecha salarial y brecha de tiempo propio", en Capitolina DÍAZ y Carles SIMÓ (coords.), *Brecha salarial y brecha de cuidados,* Valencia, Tirant, 20-38.

DURÁN, María Ángeles (1988): *De puertas adentro*, Madrid, Instituto de la Mujer.

— (2018): *La riqueza invisible del cuidado,* Valencia, Universitat de València.

EHNI, Hans-Joerg y WAHL, Hans-Werner (2020): "Six propositions against ageism in the COVID-19 pandemic", *Journal of Aging & Social Policy*, 32, 4-5, 515-525

EUROPEAN INSTITUTE FOR GENDER EQUALITY (2020): *Gender equality and long-term care at home*, Luxembourg, Publications Office of the European Union, Enlace.

EZQUERRA, Sandra (2012): "Acumulación por desposesión, género y crisis en el Estado español", *Revista de Economía Crítica,* 14, 124-147.

FASSIN, Didier (2020): *Mort d'un voyageur. Une contre-enquête*, Paris, Seuil.

FEDERICI, Silvia (2013): *Revolución en punto cero. Trabajo doméstico, reproducción y luchas feministas*, Madrid, Traficantes de Sueños.

— (2015): "Sobre el trabajo de cuidado de los mayores y los límites del marxismo", *Nueva Sociedad*, 256, 45-62.

FRASER, Nancy (2016): "Contradictions of capital and care", *New Left Review*, 100, jul-ago, 99-117.

GARCÍA-GARCÍA, Sergio; SANZ ABAD, Jesús y UGENA-SANCHO, Sofía (2021): "Discursos y prácticas en experiencias de cuidado comunitario. Una perspectiva moral entre cuidados gaseosos, líquidos y sólidos", *Revista Española de Sociología*, 30, 2, a28, Enlace.

GLENN, Evelyn N. (2010): *Forced to care: coercion and caregiving in America*, Harvard University Press.

GRAEBER, David (2006): "Turning modes of production inside out: or, why capitalism is a transformation of slavery", *Critique of Anthropology*, 26, 1, 61-85.

GREGORIO, Carmen (2014): "Traspasando las fronteras dentro-fuera: Reflexiones desde una etnografía feminista", *AIBR: Revista de Antropología Iberoamericana*, 9, 3, 297-322.

GUERIN, Serge y FOURNIER, Gérard (2005): *Manager les quinquas*, Paris, Éditions D'Organisation.

HARDING, Sandra (1987): "The metod question", *Hypatia*, 2, 3, 19-35.

HARVEY, David (2004): "El nuevo imperialismo: acumulación por desposesión", en *Socialist Register*, Buenos Aires, CLACSO, 99-129.

HERNÁNDEZ CORDERO, Ana Lucía (2016): "Cuidar se escribe en femenino: redes de cuidado familiar en hogares de madres migrantes", *Psicoperspectivas,* 15, 3, 46-55.

INSTITUTO DE MAYORES Y SERVICIOS SOCIALES (2021): *Informe semanal COVID-19 en centros residenciales*, Enlace.

INSTITUTO DE LA MUJER (2020): *La perspectiva de género, esencial en la respuesta a la COVID-19*, Enlace.

LAGRAVE, Rose-Marie (2009): "Ré-enchanter la vieillesse", *Mouvements,* 59, 112-122.

LEGARRETA, Matxalen y SAGASTIZÁBAL, Marina (2020): *Tiempo, ciudadanía y desigualdades. Una aproximación a los usos del tiempo diario y al 'derecho al tiempo propio'*, Barcelona, Ayuntamiento de Barcelona, Enlace.

LEVY, Becca R. y BANAJI, Mahzarin R. (2002): "Implicit ageism", en Becca R. LEVY y Mahzarin R. BANAJI (eds.), *Ageism: stereotyping and prejudice against older persons,* Cambridge, The MIT Press, 49-75.

MARTÍN PALOMO, María Teresa y MUÑOZ TERRÓN, José (2014): "Epistemología, metodología y métodos: ¿qué herramientas para qué feminismo? Reflexiones a partir del estudio del cuidado", *Quaderns de Psicologia,* 16, 1, 35-44.

MARTÍNEZ-BUJÁN, Raquel (2011): "La reorganización de los cuidados familiares en un contexto de migración internacional", *Cuadernos de Relaciones Laborales*, 29, 1, 93-123.

MCLAUGHLIN, Janice (2020): "Valuing care and support in an era of celebrating independence: disabled young people's reflections on their meaning and role in their lives", *Sociology*, 54, 2, 397-413.

MEISNER, Brad (2020): "¿Are you OK, Boomer? Intensification of ageism and intergenerational tensions on social media amid COVID-19, *Leisure Sciences*, 43, 1-2, 56-61.

MOLINIER, Pascale; LAUGIER, Sandra y PAPERMAN, Patricia (2019): *Qu'est-ce que le care? Souci des autres, sensibilité, responsabilité*, Paris, Payot.

MORÉ, Paloma (2020): "Cuidados y crisis del coronavirus: el trabajo invisible que sostiene la vida", *Revista Española de Sociología*, 29, 3, 737-745.

NAVARRO, Vicenç y PAZOS, María (2020): *El cuarto pilar del Estado del Bienestar. Propuesta para cubrir necesidades esenciales de cuidado, crear empleo y avanzar hacia la igualdad de género*. Propuestas presentadas en el Grupo de Trabajo de Políticas Sociales y Sistema de Cuidados de la Comisión para la Reconstrucción social y económica del Congreso de los Diputados (15 de junio), Enlace.

OFFENHENDEN, María (2017): '*Si hay que romperse una, se rompe'. El trabajo del hogar y la reproducción social estratificada*, Tesis doctoral, Universitat Rovira i Virgili.

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

— (2014): *Subversión feminista de la economía. Aportes para un debate sobre el conflicto capital-vida*, Madrid, Traficantes de Sueños.

PREVITALI, Federica; ALLEN, Laura D. y VARLAMOVA, María (2020): "Not only virus spread: the diffusion of ageism during the outbreak of COVID-19", *Journal of Aging & Social Policy*, 32, 4-5, 506-514.

RAZAVI, Shahra (2007): *The political and social economy of care in a development context. Conceptual issues, research questions and policy options*, United Nations Research Institute for Social Development., Enlace.

— y STAAB, Silke (2010): "Mucho trabajo y poco salario. Perspectiva internacional de los trabajadores del cuidado", *Revista Internacional del Trabajo*, 29, 4, 449-467.

ROGERO-GARCÍA, Jesús y GARCÍA-SAINZ, Cristina (2016): "Caregiver leave-taking in Spain: rate, motivations, and barriers", *Journal of Aging & Social Policy*, 28, 2, 98-112.

SINGER, Merrill; BULLED, Nicola; OSTRACH, Bayla y MENDENHALL, Emily (2017): "Syndemics and the biosocial conception of health", *The Lancet*, 389, 10072, 941-950.

SMITH, Julia (2019): "Overcoming the 'tyranny of the urgent': integrating gender into disease outbreak preparedness and response", *Gender & Development*, 27, 2, 355-369.

SORONELLAS, Montserrat y COMAS-D'ARGEMIR, Dolors (2017): "Hombres cuidadores de personas adultas dependientes. ¿Estrategias ante la crisis o nuevos agentes de cuidado?", en María Rosa HERRERA y German JARAIZ (eds.), *Pactar el futuro. Debates para un nuevo consenso en torno al bienestar*, Sevilla, Universidad Pablo de Olavide, 2221-2239.

THELEN, Tatjana (2015): "Care as social organization: creating, maintaining and dissolving significant relations", *Anthropological Theory*, 15, 4, 497-515.

TRONTO Joan (1993): *Moral boundaries: a political argument for an ethic of care*, Routledge, London.

VALLAUD-BELKACEM, Najat y LAUGIER, Sandra (2020): *La société des vulnérables: leçons féministes d'une crise*, Paris, Gallimard.

VILLAR, Feliciano; SERRAT, Rodrigo; BILFELDT, Annette y LARRAGY, Joe (2021): "Older people in long-term care institutions; a case of multidimensional social exclusion", en Kieran WALSH, Thomas SCHARF, Sofie VAN REGENMORTEL, Anna WANKA (eds.), *Social Exclusion in Later Life. Interdisciplinary and Policy Perspectives*, Cham, Springer, 297-309.

WALSH, Kieran; SCHARF, Thomas; VAN REGENMORTEL, Sophie y WANKA Anna (2021): "The intersection of ageing and social exclusion, en Kieran WALSH, Thomas SCHARF, Sophie VAN REGENMORTEL y Anna WANKA (eds), *Social exclusion in later life. Interdisciplinary and policy perspectives*, Cham, Springer, 3-21.

VEGA-SOLÍS, Cristina; MARTÍNEZ-BUJÁN, Raquel y PAREDES-CHAUCA, Myriam (2018): *Cuidado, comunidad y común. Experiencias cooperativas en el sostenimiento de la vida*, Madrid, Traficantes de Sueños.

Capítulo 1
El cuidado de mayores y dependientes en España ¿En qué contexto irrumpe la covid?

Autoras (Coordinadoras)

Raquel Martínez-Buján
Marcela Jabbaz
Montserrat Soronellas

Colaboradoras/es[1]

Marta Candeias
Anton Elosegi
Carmen Gregorio
Matxalen Legarreta
Paloma Moré
Juan A. Rodríguez del Pino
Lorena Valenzuela

[1] Las entrevistas para este capítulo han sido realizadas por Mónica Gil, Dolors Comas-d'Argemir, Matxalen Legarreta, Marcela Jabbaz, Raquel Martínez-Buján, Paloma Moré, Juan A. Rodríguez del Pino y Montserrat Soronellas.

ÍNDICE

CONTENIDO

1.1. Introducción 37

1.2. El contexto demográfico y la diversidad familiar 38

1.3. Un modelo de atención obsoleto basado en la familia como pilar básico 45

1.4. Bajo el paraguas de unas políticas débiles, que otorgan pocos derechos y generizadas. El despliegue insuficiente y diverso de la Ley de Dependencia 51

1.5. Las trabajadoras del cuidado: mucho trabajo y poco salario 62

1.6. La atención a la dependencia en las comunidades autónomas 72

1.7. Conclusiones 92

1.8. Bibliografía 97

GRÁFICOS

Gráfico 1.1. Fecundidad deseada por las mujeres según edad, 2018 (%) 41

Gráfico 1.2. Motivo principal por el que han tenido menos descendencia 42

Gráfico 1.3. Hogares que requieren cuidados (%) 46

Gráfico 1.4. ¿Quién realiza los cuidados? (%) 47

Gráfico 1.5. Piense ahora en las personas que debido a una edad avanzada o enfermedad no pueden realizar las actividades básicas de la vida diaria ¿Cuál sería la mejor opción para su cuidado? ¿Y cuáles serían sus preferencias de cuidados de verse en esta situación? (%) 50

Gráfico 1.6. Echa en falta algún tipo de apoyo o ayuda para hacer frente a la atención de estas personas con limitaciones para la vida diaria (respuesta múltiple) (%) 50

Gráfico 1.7. Coste estimado del SAAD anual según comunidades autónomas, 2018 (%) 54

Gráfico 1.8. Evolución de las prestaciones concedidas por la LAPAD, 2008-2019 (%) 56

Gráfico 1.9. Evolución personas beneficiarias con prestación por comunidades autónomas, marzo 2020–julio 2021 60

Gráfico 1.10. Porcentaje de variación de personas beneficiarias de servicios sociales y de prestaciones económicas en el período marzo 2020-enero 2021 62

Gráfico 1.11. Evolución personas afiliadas a la Seguridad Social en España. Divisiones CNAE 87 y 88 (Asistencia en establecimientos residenciales y Actividades servicios sociales sin alojamiento) y porcentaje sobre total de afiliados/as, 2010-2020 65

Gráfico 1.12. Evolución hogares que emplean personal doméstico, 2012-2020 68

Gráfico 1.13. Evolución personas afiliadas a la Seguridad Social en Actividades de los hogares como empleadores de personal doméstico y porcentaje sobre el total de afiliados/as, 2009-2020 69

Gráfico 1.14. Distribución de las trabajadoras de cuidados según ocupación desempeñada, 2013-2020 71

Gráfico 1.15. Tipo de contrato temporal, 2020 (%) 72

Gráfico 1.16. Evolución personas beneficiarias y pendientes de prestación del SAAD en Andalucía, 2009-2020 74

Gráfico 1.17. Evolución de las prestaciones del SAAD en Andalucía, 2008-2020 75

Gráfico 1.18. Evolución personas beneficiarias y pendientes de prestación del SAAD en la Comunitat Valenciana, 2009-2020 78

Gráfico 1.19. Evolución de las prestaciones del SAAD en la Comunitat Valenciana, 2008-2020 79

Gráfico 1.20. Evolución personas beneficiarias y pendientes de prestación SAAD en Galicia, 2008-2020 81

Gráfico 1.21. Evolución del peso de cada tipo de prestaciones según el total de prestaciones en Galicia, 2008-2020 82

Gráfico 1.22. Evolución de la gestión de la LAPAD en el País Vasco, 2008-2020 85

Gráfico 1.23. Evolución del peso de cada tipo de prestación según el total de prestaciones en el País Vasco, 2008-2020 86

Gráfico 1.24. Evolución personas beneficiarias y pendientes de prestación del SAAD en Cataluña, 2009-2020 89

Gráfico 1.25. Evolución de las prestaciones del SAAD en Cataluña, 2008-2020 90

CUADROS

Cuadro 1.1. Catálogo de servicios sociales y de prestaciones económicas de la Ley 39/2006 52

Cuadro 1.2. Actividades y ocupaciones relacionadas con el trabajo de cuidados en el ámbito de la dependencia 64

TABLAS

Tabla 1.1. Contexto. Participantes según perfil y ámbito territorial 38

Tabla 1.2. Características de fecundidad de las mujeres españolas de 18-55 años, 2018 (%) 40

Tabla 1.3. Motivo principal por el que no ha tenido hijos/as o ha tenido menos de los deseados, 2018(%) 42

Tabla 1.4. De las tres posibilidades que le voy a leer, ¿podría decirme cuál se acerca más a su forma ideal de familia? (%) 43

Tabla 1.5. Tipo de hogares que requieren cuidados y cuidador/a principal (%) 46

Tabla 1.6. Porcentaje de población de 65 o más años con distintos tipos de vínculos, 1982-2014 48

Tabla 1.7. Porcentaje de población con pareja por grupo de edad, 1991-2011 48

Tabla 1.8. Cuantías máximas de las prestaciones económicas por grado y nivel para el año 2007, 2008 y 2018 (euros mensuales) 58

Tabla 1.9. Número máximo de horas de utilización de los servicios de ayuda a domicilio antes y después de las medidas de estabilización presupuestaria de 2012 58

Tabla 1.10. Porcentaje personas usuarias de los servicios de prevención dependencia, atención residencial y centros de día/noche, media estatal 61

Tabla 1.11. Personas ocupadas en las actividades relacionadas con la provisión de cuidados a la dependencia, 2015-2019 67

Tabla 1.12. Porcentaje de personas ocupadas en actividades relacionadas con la provisión de cuidados a la dependencia según su situación profesional, 2015-2019 67

Tabla 1.13. Distribución de las trabajadoras de cuidados según actividad del establecimiento de trabajo y ocupación desempeñada, 2020 70

Tabla 1.14. Tipo de relación contractual, 2020 (%) 72

Tabla 3.1. Servicios de cuidado. Participantes según perfil y ámbito territorial 168

Capítulo 1

El cuidado de mayores y dependientes en España. ¿En qué contexto irrumpe la covid?

1.1. INTRODUCCIÓN

El actual modelo de atención a la dependencia basado, en gran parte, en la solidaridad familiar y, sobre todo, en el esfuerzo de las mujeres, plantea a día de hoy serias dificultades y comienza a chocar con cambios de gran calado producidos en la estructura social y en las expectativas y comportamientos sociales. En este contexto de fuertes incertidumbres en torno al futuro social, nos hemos propuesto en este primer capítulo el desafío de brindar un marco global a partir del cual poder comprender cómo participan e influyen los diferentes agentes y sus relaciones sociales en el espacio de los cuidados. Con esta finalidad abordamos tres ejes de análisis.

Un primer eje nos conecta con el estudio de los grandes procesos sociodemográficos que nos abocan a un replanteamiento de las condiciones en las que hasta ahora se han desenvuelto la solidaridad intergeneracional y las relaciones de género en el marco de los cuidados. En esta primera parte del capítulo se ofrecen datos en torno, tanto al envejecimiento poblacional, como al cambio en las expectativas vitales relacionadas con la aparición de múltiples modelos familiares. Se presentan cifras que muestran la preminencia de hogares en los que ambos progenitores trabajan y que, por lo tanto, necesitan recurrir, o bien, a una red de apoyo constituida por la familia ampliada (sobre todo, las abuelas y abuelos) para cubrir las necesidades de cuidados, o bien, en el caso de las clases medias y altas, mercantilizar el cuidado mediante la contratación de servicio doméstico. También se analiza cómo estas dificultades de conciliación redundan en una baja tasa de fertilidad debido a la ausencia de apoyo institucional y la precariedad laboral. Así y todo, el cuidado de las personas mayores recae en más de un 80% en el ámbito familiar, o sea, en el trabajo no remunerado a cargo mayoritariamente de mujeres.

El segundo eje se centra en las trabajadoras remuneradas de cuidados. Por ello, explotamos los datos de la Encuesta de Población Activa (EPA), para acercarnos a estimar su presencia en este sector de atención a personas, dedicándonos únicamente a contabilizar la composición de las trabajadoras de cuidado social, es decir, aquel que se efectúa directamente con las personas usuarias (se excluye, por tanto, al cuidado sanitario) y que son: las auxiliares de enfermería de los centros residenciales, las cuidadoras a domicilio de servicios sociales sin alojamiento y las trabajadoras de hogar y cuidados en domicilios privados.

Y un tercer eje que ofrece una genealogía del desarrollo de *Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de Dependencia* (LAPAD) en la que, como ya es conocido, se ha producido una aplicación desigual en los diferentes territorios autonómicos, alejándose de las metas garantistas iniciales que establecían unos derechos subjetivos inalienables. Ofrecemos datos descriptivos del Sistema de Información del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SISAAD) creado para recoger los datos de la LAPAD, de modo tal que nos permita comprender sus características. Seguidamente, enunciamos momentos clave como las limitaciones implementadas en el año 2012 como deriva de la crisis económica. En tal forma, nos centramos en algunos casos de comunidades autónomas, concretamente, la aplicación y evolución de la LAPAD en Andalucía, Cataluña, Comunitat Valenciana, Galicia y el País Vasco, para entrar en las discusiones existentes en torno a las asimetrías producidas en los territorios y los debates suscitados en cinco ejes: el tipo de prestaciones, las dificultades de financiación, la gestión y supervisión de los recursos

en empresas prestatarias, la filosofía de implementación en cada comunidad autónoma y el reparto entre lo público y lo privado.

Además de los datos estadísticos mencionados, este capítulo ha sido elaborado contando con la participación de 13 personas[1] de los siguientes perfiles: políticos parlamentarios, técnicos de los Servicios Sociales y gestores de las comunidades autónomas de Cataluña, de Comunitat Valenciana, de Galicia y del País Vasco. Con las personas participantes se han realizado entrevistas semiestructuradas encaminadas a conocer, por un lado, datos relacionados con la respuesta dada por el sistema social al impacto de la covid; y, por otro lado, sus planteamientos en relación con los principales temas de debate político alrededor de la implementación de la LAPAD en estas comunidades autónomas. Algunas fueron presenciales, pero la mayoría se realizaron de forma virtual, atendiendo las preferencias de las personas entrevistadas. Las entrevistas a las técnicas de servicios sociales han sido anonimizadas, de manera que utilizamos pseudónimos para referirnos a ellas. No hemos anonimizado a quienes tienen cargos políticos o asociativos, cuando así lo han autorizado.

Tabla 1.1. Contexto. Participantes según perfil y ámbito territorial

	Total	Andalucía	Cataluña	País Vasco	C. Valenciana	Galicia
Técnicas/os servicios sociales	2	-	-	-	2	-
Gestoras/es	5	-	-	-	3	2
Políticas/os	6	-	4	1	1	-
Total	13	-	4	1	6	2

Con todo ello, pasamos a unas conclusiones que intentan plantear los desafíos futuros de un sistema fundamental para el sostenimiento del Estado de bienestar.

1.2. EL CONTEXTO DEMOGRÁFICO Y LA DIVERSIDAD FAMILIAR[2]

La demografía española de las últimas décadas ha estado marcada por tres relevantes acontecimientos: el aumento de la esperanza de vida y la consiguiente longevidad, cambios en las pautas reproductivas y modificaciones en las estructuras de los hogares y en la organización de las familias. Cada uno de estos procesos ha conllevado a cambios significativos en el modelo de sociedad. Han desafiado los sistemas de bienestar y cuidados, pero también los valores que sostenían a las familias y los roles de hombres y mujeres en la sociedad. En definitiva, las pautas de convivencia se han modificado.

En la actualidad, es posible llegar a compartir momentos con las generaciones de nuestros antepasados quienes por primera vez en la historia llegan vivos hasta edades avanzadas. En España, se comenzó el siglo XX con tan solo 34 años como esperanza de vida al nacer y en el año 2019 alcanza los 83,6 años de edad, situándose como uno de los países más aventajados del mundo en este terreno (GARCÍA, 2015). Estos datos son un fiel reflejo del progreso en las condiciones sanitarias, sociales, económicas y en la mejora de los estilos de vida. Sin embargo, esta reducción de la mortalidad ha venido acompañada de nuevos desafíos sociales y demográficos ya que ha supuesto un cambio relevante en la pirámide poblacional, la cual

[1] Incluimos al final del informe una tabla con los datos de las personas entrevistadas. Véase Anexo 1, *Tabla A.1.2. Capítulo 1 Contexto. Participantes en las entrevistas*.

[2] Este apartado se ha basado en el capítulo 2 del VIII Informe FOESSA realizado por Antonio IZQUIERDO y Raquel MARTÍNEZ-BUJÁN (2019). Se han actualizado las cifras y añadido alguna información complementaria con respecto al original.

aguanta el peso de las edades avanzadas del que se espera un acelerado aumento en la tercera década del siglo.

Según el INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA (INE) (2020), la población de 65 y más años que en 2020 representa el 19,6% de la población alcanzará la cifra de 26,5% dentro de tan solo 15 años. La tasa de dependencia (cociente, en tanto por ciento, entre la población menor de 16 años o mayor de 64 y la población de 16 a 64 años) se elevará del 54,2% actual hasta el 62,9% en 2035. Como consecuencia de este proceso surgen dos tendencias. Por una parte, el denominado envejecimiento del envejecimiento[3] que augura un notable incremento de las personas que superan los 100 años (12.550 en 2020), quienes se espera que alcancen la cifra de 49.730 en apenas 15 años. Por otra parte, la disminución paulatina de mujeres en edad fértil ya que, de mantenerse las actuales tendencias demográficas, la pérdida de población en la próxima década se concentrará en los tramos etarios de 30-49 años, colectivo que se reducirá en 2,8 millones de efectivos. A esta situación habría que sumar la ya sostenida tendencia en la reducción de la natalidad que se ha venido observando desde los años 90. De esta manera, en la actualidad, el promedio de hijos/as por mujer (denominado como Índice Sintético de Fecundidad) se sitúa en torno en 1,31 muy lejos de la cifra de 2,1 que convencionalmente se sitúa para asegurar el relevo generacional. En consecuencia, la población se incrementará en la mitad superior de la pirámide de población y todos los grupos de edad de más de 50 años serán los que crecerán en número, al mismo tiempo que la generación del *baby boom* iniciará su llegada a la jubilación en torno a 2024.

Esta tendencia de baja natalidad, alta supervivencia que garantiza el mantenimiento de la población y que da lugar a un relevante envejecimiento de la población se convierten en los procesos fundamentales de la demografía española. Algunas aportaciones hablan de crisis demográfica o invierno demográfico (MACARRÓN, 2010) pero no faltan voces que resaltan los aspectos positivos de este fenómeno al que denominan como revolución reproductiva. En este último caso, la longevidad y la bajada de la natalidad se interpreta como una eficiencia demográfica en donde se rebaja el esfuerzo reproductor femenino y se refuerzan los lazos familiares a través del rejuvenecimiento de todos sus miembros mediante la prolongación de las etapas vitales (MACINNES y PÉREZ-DÍAZ, 2009). La velocidad hacia el envejecimiento es ineludible y ni siquiera la intensa llegada de los flujos migratorios recibidos en las últimas dos décadas podría compensar esta situación. Exploraciones sobre la materia advierten que el protagonismo de la fecundidad de las mujeres migrantes procedentes de países de alta natalidad es limitado. Si bien en el período 2004-2006, etapa en la que en España ha aumentado el número medio de hijos/as por mujer llegando este indicador a 1,34, la cifra tan solo pasaría a representar un 1,26 en caso de que no fuesen residentes las mujeres migrantes (CASTRO-MARTÍN y ROSERO-BIXBY, 2011; GRANDE y DEL REY, 2017). La evolución de estos datos dependerá del grado de asentamiento en el país, el año de llegada y del contexto socioeconómico, pero la tendencia parece ser la de asimilar su fecundidad al del resto de las mujeres nativas.

Y es que detrás de este esquema demográfico nos encontramos con cambios sociales relevantes en las últimas décadas que afectan por igual a las mujeres españolas y migrantes. Se trata de valores políticos, económicos y culturales que han sumido al país en una etapa de terciarización económica, de servicios y de cambios en los ámbitos de la sexualidad, ahora privatizada y ajena a la reproducción y en donde prima la individualización de las relaciones humanas (SCOTT y BRAUN, 2006). No obstante, existen claras evidencias de que, a pesar de

[3] Algunos analistas defienden cambios en la forma de medir el nivel de envejecimiento de una población. En concreto, consideran que sería más apropiado tener en cuenta la esperanza de vida cómo umbral móvil de medición y no la edad cronológica que tradicionalmente se asimila a los 65 años. De esta manera, el proceso de envejecimiento se contemplaría a partir de los 71 años para los hombres y de 75 años para las mujeres (ABELLÁN, AYALA y PUJOL, 2017).

estos cambios hacia valores postmodernistas, las alteraciones en cuanto preferencias familiares no son tan alarmantes (ESPING-ANDERSEN y BILLARI, 2015). De hecho, algunas investigaciones presentan sólidas argumentaciones de cómo en los países occidentales se mantienen las mismas expectativas sobre fecundidad desde hace 30 años en los que impera de manera mayoritaria la norma de los dos hijos o hijas (SOBOTKA y BEAUJOUAN, 2014). España no es ajena a esta expectativa.

Según el avance de resultados de la *Encuesta de Fecundidad 2018* (INE, 2018) casi la mitad de las mujeres de entre 18 y 55 años manifiestan el deseo de tener dos hijos/as en total. Es más, el porcentaje de mujeres que quieren tener tres hijos alcanza el 26,5% (Tabla 1.2). Sumando estos grupos el resultado es que casi tres de cada cuatro mujeres quieren tener al menos dos hijos. Las mismas cifras aparecen en los estudios del Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS)[4] que reflejan que entre el total de la población (no solamente las mujeres), al menos el 56,2% considera que el número ideal de hijos es de 2 y el 19,5% sostiene que le gustaría tener 3 hijos o hijas.

Tabla 1.2. Características de fecundidad de las mujeres españolas de 18-55 años, 2018 (%)

Número de hijos/as deseados (mujeres 18-55 años)		
Ninguno/a	12,2	
1 hijo/a	14,1	
2 hijos/as	47,2	
3 y más hijos/as	26,5	
Número de hijos/as	Mujeres 18-55 años	Mujeres 40-55 años
Sin hijos/as	40,3	18,8
Con hijos/as	59,7	81,2
1 hijo/a	3,6	24,5
2 hijos/as	29,5	43,6
3 y más hijos/as	8,8	13,0
Con menos hijos/as de los deseados	21,1	

Fuente: Elaboración propia a partir de INE, Encuesta de Fecundidad 2018.

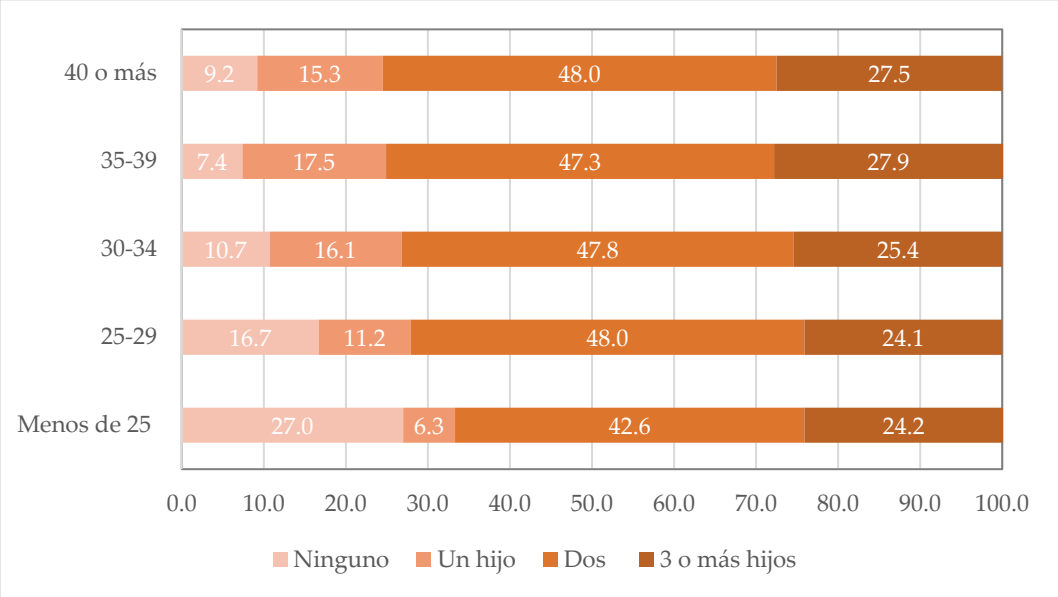
El número de mujeres que no desean tener hijos/as no es, por tanto, demasiado elevado. Se sitúa en el 12,2% en el colectivo de 18-55 años y desciende al 9,2% entre las mujeres mayores de 40 años. Aun así, cabe mencionar que la tendencia de las personas que no contemplan tener descendencia, a pesar de ser minoritario, va en aumento en los últimos años. Por ejemplo, ha dejado de ser un elemento que configure el proyecto vital de las mujeres más jóvenes (el 16,7% de las que tienen entre 25 y 29 años y el 27% de las menores de 25 años manifiestan no desear tener hijos/as) y empieza a ser significativo al final de la edad de fecundidad. El 24% de las mujeres nacidas en 1970 no ha tenido hijos, cuando este porcentaje se sitúa en el 15% en las generaciones de mujeres nacidas entre 1950-1959.

Es decir, aumenta la proporción de las mujeres que acaban su vida reproductiva sin hijos/as, aunque sigue siendo mayoritaria la posición de las mujeres que desean tener descendencia. Entre estas últimas, sí cabría señalar el creciente número de mujeres que tienen menos hijos de los que desean conformando lo que demográfica y sociológicamente se denomina como fecundidad insatisfecha (BONGAARTS, 2003). El porcentaje de mujeres que han tenido menos

[4] Estudio 3032 del CIS de 2014 referente a las siguientes temáticas: valores, pareja, conciliación, formas familiares, permisos, rupturas, hijos, TIC, políticas familiares.

hijos/as de los deseados se sitúa en el 21,1%, es decir, una de cada cinco. El hecho de que la fecundidad, por tanto, sea muy baja en España no se puede atribuir a que existe un creciente rechazo a la maternidad, sino a los bajos índices de progresión hacia el segundo hijo e hijos posteriores (CASTRO-MARTÍN, 2013).

Gráfico 1.1. Fecundidad deseada por las mujeres según edad, 2018 (%)

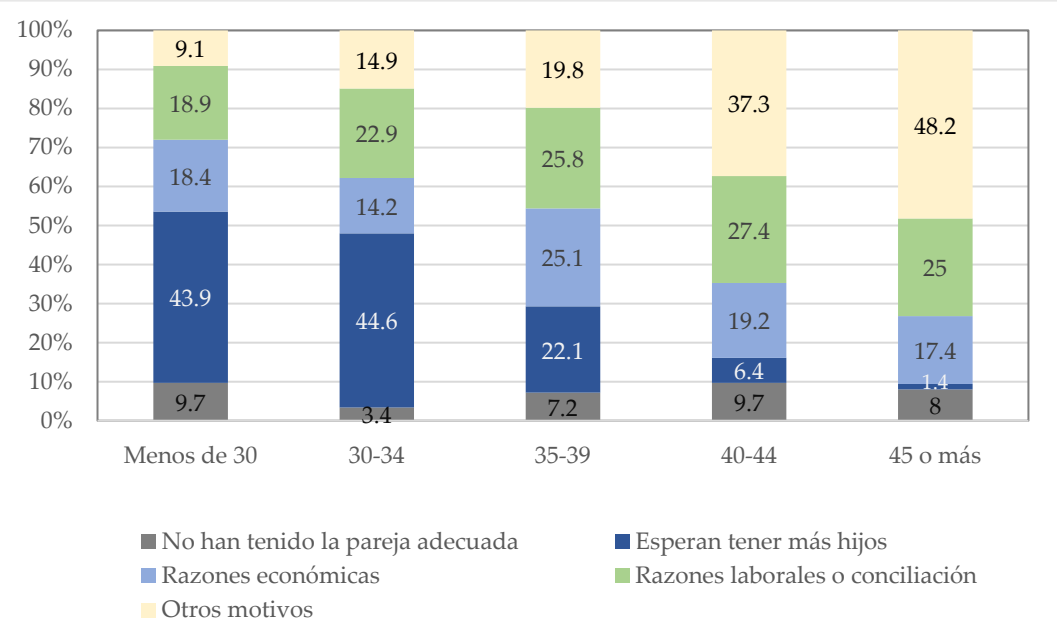


Fuente: Elaboración propia a partir de INE, Encuesta de Fecundidad 2018.

El comportamiento de las madres en términos de fecundidad parece estar influenciado tanto por los límites y oportunidades que ofrecen las políticas familiares de conciliación (MANDEL, 2009) como por los riesgos que implica para las parejas tener hijos al mismo tiempo que mantienen el modelo familiar de doble sustentador. Las razones económicas, laborales y de conciliación se convierten en los elementos fundamentales que determinan el número final de hijos o hijas. El recorte de las expectativas de las mujeres en el tamaño familiar se relaciona con aspectos económicos en un 19,9% de los casos y con el trabajo y la conciliación en un 25,9% (Tabla 1.3).

Si se observan los datos por edad, el 50,9% de las mujeres entre 35-39 años manifiestan no tener más descendencia por estos factores (Gráfico 1.2). En la etapa final de fertilidad (es decir, entre mujeres mayores de 40 años), la ausencia de más hijos por estos motivos asciende al 42,4% (Gráfico 1.2). Dos máximas guían las tendencias reproductivas. Por un lado, no se tienen más hijos porque no se puede, dadas las dificultades de mantener una familia al mismo tiempo que la mujer está incorporada al mercado laboral. Por otro lado, despuntan aquellas mujeres que no quieren ser madres, valores vanguardistas femeninos que desligan la identidad de ser mujer con la maternidad (VIDAL-COSO y MIRET, 2017). Entre ellas alcanzan el 43,4% de las mujeres sin hijos que en la actualidad tienen entre 40 y 55 años (Tabla 1.3).

Gráfico 1.2. Motivo principal por el que han tenido menos descendencia



Fuente: Elaboración propia a partir de INE, Encuesta de Fecundidad 2018.

Tabla 1.3. Motivo principal por el que no ha tenido hijos/as o ha tenido menos de los deseados, 2018(%)

Motivo de tener menos hijos de los deseados (mujeres 35-55 años)	
Demasiada edad para tener hijos/as	8,3
Porque no ha tenido la pareja adecuada	8,2
Todavía quiero tener más hijos/as	8,1
Por razones de salud	18,0
Por razones económicas	19,9
Por razones laborales y de conciliación	25,9
Otros motivos	11,6
Motivo más importante por el que no ha tenido hijos (mujeres 40-55 años)	
Demasiado joven aún para tener hijos/as	1,6
No he tenido pareja o esta no era la adecuada	14,2
No quiero ser madre	43,4
Por razones de salud	6,7
Por razones laborales/conciliación	8,3
Por razones económicas	3,2

Fuente: Elaboración propia a partir de INE, Encuesta de Fecundidad 2018.

De esta manera, la infecundidad no deseada podemos considerarla como una consecuencia de: 1) las nuevas tendencias en la organización familiar, entre las cuales, la más relevante ha sido la erosión del modelo familiar basado en un único sustentador (AYUSO, 2019; VALIENTE, 2010), y 2) la ausencia de apoyo institucional a las mujeres madres que trabajan durante los años de transición a este nuevo esquema familiar.

Los estudios indican que este cambio de modelo ha sido uno de los fundamentales en España en las últimas décadas. De hecho, las familias de varón sustentador han pasado de representar el 61,8% en 1990 a ser el 31,6% en 2010 mientras que las familias con dos sustentadores han tenido un destacable incremento pasando del 30% en 1990 al 51% en 2010 (MORENO, 2015). Esta tendencia solo puede explicarse a partir de la capitalización de la formación que han realizado las mujeres y su empeño por permanecer en el mercado de trabajo ya que el marco normativo no ha fomentado su puesta en práctica. El porcentaje de mujeres con empleo entre 25-54 años pasó del 44,4% en 1998 al 68,1% en 2018 (datos EPA) y la estrategia de organización del trabajo doméstico y de cuidados se ha sustentado en el concepto de doble sustentador/familia extensa, característico entre los países familistas en donde la red familiar colabora en las tareas de cuidados mientras ambos cónyuges trabajan (MORENO *et. al.*, 2017).

Las mujeres suelen trabajar contando con la ayuda de los familiares para el cuidado de los hijos y ancianos dependientes. Esta tendencia también ha ido de la mano con una pluralización en el uso de los recursos de cuidado que se traduce en el aumento de la institucionalización de niños y niñas a edades cada vez más tempranas (MEIL *et al.*, 2018) y en la contratación de empleadas de hogar para el cuidado de personas mayores (DÍAZ y MARTÍNEZ-BUJÁN, 2018). Según la *Encuesta de Condiciones de Vida 2016,* el 43,7% de los menores de 3 años acuden a un centro de educación infantil en España, y si a comienzos de los años 90 en torno al 15% de las abuelas y abuelos declaraban participar en el cuidado de sus nietos y nietas (MEIL, 2011), en el año 2010 este porcentaje alcanza el 35% (INSTITUTO DE MAYORES Y SERVICIOS SOCIALES [IMSERSO], 2010).

Tabla 1.4. De las tres posibilidades que le voy a leer, ¿podría decirme cuál se acerca más a su forma ideal de familia? (%)

Posibilidades	Total	Hombres	Mujeres
Una familia en la que los dos miembros de la pareja tienen trabajo remunerado con parecida dedicación y ambos se reparten las tareas del hogar y el cuidado de los hijos e hijas, si los hay.	67,2	64,3	70,0
Una familia en la que uno de los miembros de la pareja tiene un trabajo remunerado con menor dedicación y se ocupa la mayor parte de las tareas del hogar y del cuidado de los hijos, si los hay.	14,5	13,3	15,7
Una familia en la que solo un miembro de la pareja tiene un trabajo remunerado y el otro se encarga del cuidado del hogar y de los hijos e hijas, si los hay.	15,0	18,4	11,7
Ninguna de las anteriores.	1,2	1,4	1,0
NS/NC	2,1	1,9	1,3
Total	100,0	100,0	100,0

Fuente: Elaboración propia a partir de CIS, Encuesta cuidados a personas dependientes 3009/2014.

Y es que los datos siguen mostrando una notable relación entre el empleo y tener hijos. En el estudio del CIS 3009/2014[5] un 9% de los encuestados afirma que ha tenido que reducir su jornada laboral por tener hijos, pero de este porcentaje tan solo el 13% son hombres y el 88% son mujeres. El ideal de familia es el de doble sustentador en el 67,2% de las personas

[5] Estudio 3009 del CIS de 2014. Este estudio se ha realizado a personas de 25 y más años de ambos sexos y residentes en España. Se recogió información de 2.473 personas, y de circunstancias y convivientes del hogar de esas personas. Se destinó un bloque a personas que realizan tareas domésticas de manera remunerada. Se preguntó por las personas en situación de dependencia que según esta encuesta son aquellas que necesitan ayuda de otras personas para realizar tareas domésticas o actividades básicas de la vida diaria (como asearse, ducharse, vestirse) por edad avanzada, una discapacidad o enfermedad crónica. Otro bloque se ha destinado a cuidadoras.

encuestadas por el CIS 3009/2014, incrementándose la proporción en el caso de las mujeres al 70% (Tabla 1.4). Es decir, la implementación del modelo de doble sustentador no ha venido acompañado de una efectiva transformación en los roles de género ni tampoco en una adecuada agenda política que permita alcanzar planes igualitarios entre las parejas, siendo las mujeres-madres las principales perjudicadas a escala profesional.

Si bien las teorías explicativas sobre el cambio de modelos familiares en base a los determinantes del empleo femenino y el declive de la fecundidad han sido muy prolíficos en el ámbito de la economía[6], en los últimos años han surgido nuevas explicaciones desde la disciplina sociológica que interpretan los modelos familiares como resultado de preferencias y estilos de vida elegidos libremente (HAKIM, 2005). Es decir, tener menos hijos o trabajar a tiempo completo forma parte de las decisiones individuales de las mujeres, las cuales se han modificado en las últimas décadas y sus aspiraciones ya no se centran en la realización personal a través de la maternidad. Estas explicaciones, son sin duda, válidas para detallar el caso español. Sin embargo, también es necesario complementarlas con otras aproximaciones puesto que según los datos mencionados es necesario encajar cómo actúa el marco cultural e institucional al que se circunscriben las actitudes y preferencias familiares y laborales (MORENO *et al.*, 2017: 151).

Parece que para el caso español es bien necesario contextualizar la coyuntura y la estructura en la que se enmarcan estas elecciones de fecundidad y, desde luego, cabría resaltar la influencia de las políticas familiares del Estado de bienestar en la toma de la decisión, tal y como defienden las teorías *care arrengement* (PFAU-EFFINGUER, 2014). Aunque en España todavía no se ha desarrollado esta línea de investigación con fuerza se sabe que para el caso de Portugal, por ejemplo, es esencial tanto la condición socioeconómica de las mujeres como el modelo institucional de conciliación en las expectativas de empleo y familia entre hombres y mujeres. Los datos que aporta la reciente *Encuesta de Fecundidad* del INE (2018) parecen seguir esta tendencia. La ausencia de apoyo público junto con la precariedad laboral o el deseo de realizarse profesionalmente son los elementos que juegan en el proceso de infecundidad más que las elecciones individuales de las mujeres.

La igualdad de género en los hogares también podría tener un papel relevante en esa distancia que marcan las intenciones de tener hijos o hijas y la descendencia final. En esta línea se sitúa la teoría de MCDONALD (2013), quien sugiere que en las familias de doble sustentador, sobre todo en aquellas en las que las mujeres poseen un elevado nivel de formación, el coste de oportunidad es realmente elevado cuando ellas deciden tener hijos. No solamente por el contexto institucional de conciliación, sino que las diferencias son más palpables si el entorno es también muy desigual en términos de género. Todavía son pocos los estudios al respecto realizados en España. Destaca de entre ellos el realizado por Mary BRINTON *et al.* (2018). Estas autoras realizaron una investigación cualitativa sobre las intenciones de fecundidad en mujeres y hombres en EE.UU., Suecia, Japón y España. Para este último caso concluyen que, efectivamente, las razones de igualdad de género son escasamente mencionadas por las mujeres españolas que han tenido menos hijos de los deseados, quienes se centran en las tensiones existentes entre trabajo y familia. Quizá este razonamiento debe comprenderse teniendo en cuenta los altos niveles de inseguridad laboral del país y porque, en muchos casos, la conciliación puede entenderse como parte de la desigualdad de género en sus hogares.

En todo caso, esta situación es, por tanto, producto de las alteraciones de la reciente crisis económica, de la pérdida de los valores tradicionales en el terreno familiar, del progreso

[6] Como las teorías de Gary S. BECKER (1965) que explicaba que el modelo familiar elegido está relacionado con una elección racional acorde a los ingresos de la pareja. De esta manera, si la capacidad ganancial difiere entre el padre y la madre, el miembro de la pareja con más ingresos (generalmente el hombre) trabajará a tiempo completo mientras que la mujer no trabajará o trabajará a tiempo parcial para ocuparse del cuidado de los hijos.

técnico y tecnológico, de las dificultades de conciliación y, en definitiva, del escaso papel y relevancia que estos cambios demográficos han adquirido en el orden político y económico. Pocas políticas se han centrado en atender a esta diversificación de las formas familiares y sus consecuencias sobre la sostenibilidad de la vida y la cohesión social.

1.3. UN MODELO DE ATENCIÓN OBSOLETO BASADO EN LA FAMILIA COMO PILAR BÁSICO

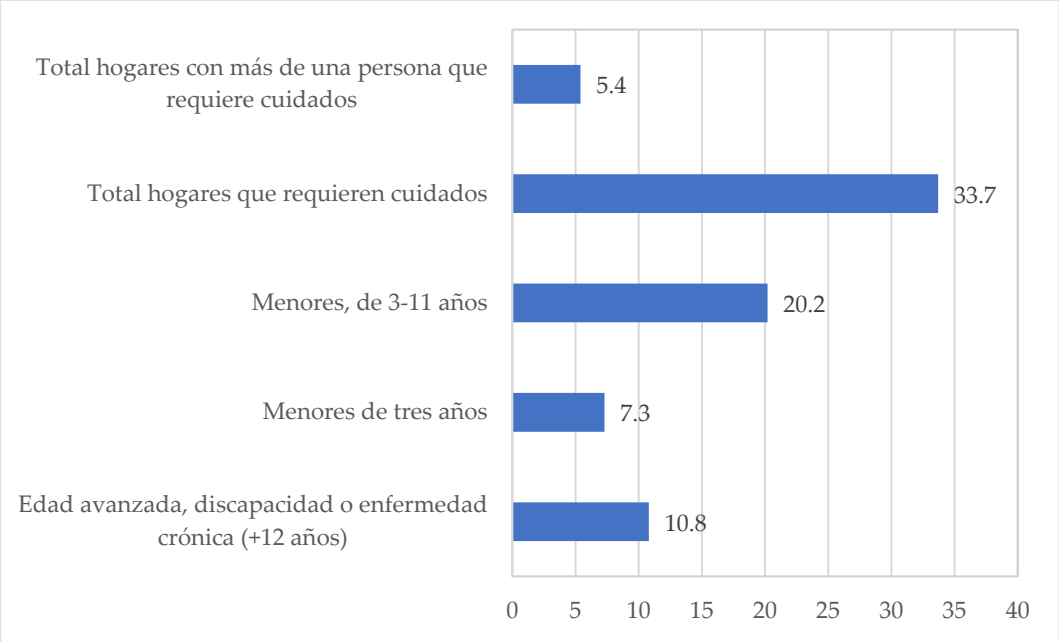
Este modelo que nos gobierna, por tanto, plantea serias dificultades en la promoción de la sostenibilidad de la vida[7] cuya estabilidad se encuentra en entredicho. A más exigencias en el empleo, más precariedad, a menor desarrollo de lo público y sus servicios, más se saturan las mujeres y se dificultan los cuidados. Es así como se ha llegado al término de crisis de cuidados (PÉREZ-OROZCO, 2014) para hacer referencia a esa constante tensión entre el capital, el empleo y la reproducción humana[8] y los límites que se plantean en su organización política. Veamos algunos datos que nos aclaren en qué medida está garantizada la sostenibilidad de la vida y qué lugar ocupan los cuidados en este proceso; qué colectivos son los marginados y excluidos del sistema y sobre cuáles se carga la responsabilidad de la misma; y cómo este modelo atomiza la comunidad y socializa a los ciudadanos y ciudadanas en que la sostenibilidad es individual y no una tarea a realizar de forma colectiva.

Algunas de las dimensiones demográficas y sociales que se han planteado en el apartado anterior están estrechamente relacionadas con el ámbito de la sostenibilidad, de la reproducción y de los cuidados. La longevidad es una conquista social, pero aumenta la probabilidad de dependencia y, por tanto, las necesidades de atención. El envejecimiento de la población refuerza a las generaciones de una familia ya que promociona los vínculos entre los parientes de distintos rangos etarios (LEE y MASON, 2011) pero también genera nuevas necesidades económicas en el ámbito de las pensiones. La reducción de la fecundidad permite controlar los deseos individuales de trabajo, estilo de vida y realización personal pero no siempre se mantienen los hijos o hijas deseados y, por tanto, se pierden aspiraciones, pero también futuro apoyo familiar. No hay duda que la familia española es el centro bajo el que se sostienen los cuidados y la sostenibilidad de la vida.

[7] Entendiendo este concepto como la interacción entre el cuidado de las personas y su entorno (relaciones interdependientes entre la naturaleza y los seres humanos) (CARRASCO, 2016).

[8] La reproducción humana alude a la restitución diaria de los sujetos en el marco de una sociedad determinada. Esta incluye el trabajo doméstico, en tanto dimensión material en el sostenimiento del espacio en el que se desenvuelve la vida diaria (el hogar) y el cuidado, que enfatiza la restitución subjetiva (de las personas y colectividades) de carácter emocional y la forma en la que se lleva a cabo (VEGA-SOLÍS y MARTÍNEZ-BUJÁN, 2017).

Gráfico 1.3. Hogares que requieren cuidados (%)



Fuente: Elaboración propia a partir de CIS, Encuesta cuidados a personas dependientes 3009/2014.

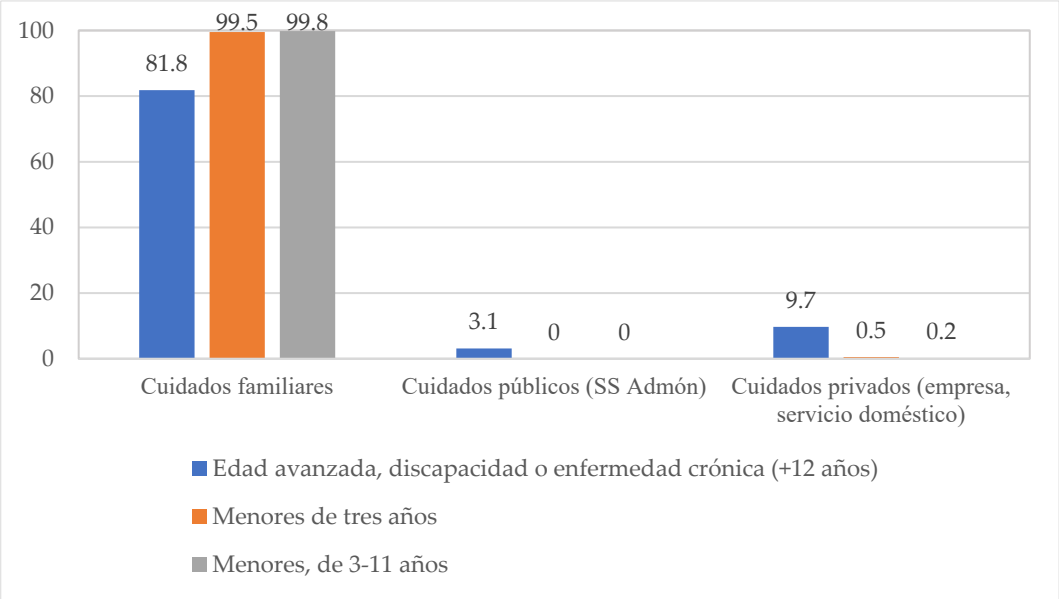
Solo hay que revisar algunos datos para corroborar esta constante histórica. Según la información del CIS del mencionado estudio 3009/2014, en España requieren cuidados un 33,7% de los hogares. De entre ellos, el 10,8% requieren cuidados de larga duración, los más intensos y los no reversibles debido a que están asociados a la edad avanzada o a una enfermedad crónica (Gráfico 1.3). Pues bien, entre estos hogares, en el 81,8% de los casos, el cuidado principal es realizado por alguien de la familia (Gráfico 1.4) y en el 64,7% de los mismos esa persona es una mujer (Tabla 1.5). Las responsabilidades familiares están presentes de manera aún más fuerte en el caso de menores de 12 años. Para este colectivo prácticamente es la familia la principal cuidadora y la que mantiene la tensión entre trabajo y vida (Gráfico 1.4).

Tabla 1.5. Tipo de hogares que requieren cuidados y cuidador/a principal (%)

	Hombre familia	Mujer familia	Administración	Persona contratada
Edad avanzada, discapacidad o enfermedad crónica (+12 años)	26,5	64,7	1,2	7,8
Menores de tres años	19,2	80,2	0	0,5
Menores, de 3-11 años	16,4	79,8	0	0,5

Fuente: Elaboración propia a partir de CIS, Encuesta cuidados a personas dependientes 3009/2014.

Gráfico 1.4. ¿Quién realiza los cuidados? (%)



Fuente: Elaboración propia a partir de CIS, Encuesta cuidados a personas dependientes 3009/2014

La solidaridad familiar sigue formando parte del esquema de la organización doméstica en España y todavía el 53,7% considera que la mejor opción de cuidado para los adultos mayores es vivir con alguien de la familia, aunque el 9,7% de este tipo de hogares ya cuenta con una persona contratada para efectuar estas tareas (CIS, 3009/2014), que según los estudios realizados al respecto se realiza de manera mayoritaria a través del servicio doméstico y con un elevada presencia de trabajadoras migrantes (DÍAZ y MARTÍNEZ-BUJÁN, 2018).

El 30,1% de los encuestados declara que la principal razón de contratar empleo doméstico son las necesidades de cuidados en sus hogares. Por lo tanto, no se puede obviar el hecho de que el familismo está encontrando nuevas formas de expresión a través de la mercantilización de los cuidados. Ello contribuye a que disminuyan las cargas de cuidados sobre los hogares, aunque la gestión sigue recayendo sobre los descendientes. La fórmula de organizar los cuidados a través del empleo del hogar responde a una estructura social 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.

Pero este apoyo familiar está determinado, entre otros aspectos, por la disponibilidad de vínculos a través del curso de vida[9]. El cambio demográfico mencionado tendrá consecuencias sobre estas redes de apoyo, aunque sus efectos todavía no sean visibles de manera inmediata. Por ejemplo, la red social de los mayores en España se apoya de forma muy notable en los vínculos con los hijos. La amplia presencia de hijos o hijas entre las actuales generaciones de mayores, la gran frecuencia de contactos con ellos, la satisfacción con la relación y la intimidad lograda son los elementos que han construido la fortaleza de la red entre las personas de edad y sus hijos. El vínculo establecido con nietos y nietas es consecuencia de la fortaleza de la anterior. Se basa en la amplia presencia de nietos/as y la alta frecuencia de contactos personales con ellos, de forma, incluso, relativamente independiente de la cercanía.

La siguiente tabla muestra la evolución en la disponibilidad de pareja e hijos (principales proveedores de apoyo). Con pequeñas fluctuaciones, la disponibilidad de los vínculos familiares más importantes ha mejorado en las últimas décadas, gracias a una mayor supervivencia de los mismos. Y, lo que es más relevante, disminuye la presencia de población

[9] Para ampliar esta idea consultar Dolores PUGA, 2019.

sin ninguno de estos vínculos, circunstancia significativa dada su mayor vulnerabilidad (Tabla 1.6).

Tabla 1.6. Porcentaje de población de 65 o más años con distintos tipos de vínculos, 1982-2014

Fecha	Con Pareja	Con hijos	Con pareja e hijos	Ninguno
1982	51	75	-	-
1991	58	84	53	11
1994	61	87	57	9
2004	65	88	61	8
2014	63	87	58	8

Fuente: Elaboración propia a partir de INSS, 1982; IMSERSO 1994 y 2004; SHARE 2014.

El vínculo con la pareja es muy relevante, pues mientras existe una pareja, cada cónyuge es el principal cuidador del otro, reduciéndose de forma notable la presión intergeneracional. Si se observa la evolución de la presencia de pareja a lo largo de la vejez de los individuos (Tabla 1.7), esta ha aumentado en todos los grupos de edad. Es muy notable el aumento de la presencia de pareja entre los 75 y los 90 años. Hace dos décadas poco más de un tercio de la población contaba con una pareja a partir de los 80 años de edad. En la actualidad hay que esperar a los 90 años de edad para encontrarse en un escenario similar, y casi la mitad de la población cuenta con pareja hasta los 85 años.

Tabla 1.7. Porcentaje de población con pareja por grupo de edad, 1991-2011

Edad	1991	2001	2011
65-69	72	73	73
70-74	62	66	68
75-79	50	55	59
80-84	36	41	47
85-89	22	26	32
90+	11	13	17

Fuente: Elaboración propia a partir de INE, Censos de 1991, 2001 y 2011.

Ahora bien, algunos sectores de la población pueden encontrarse en situaciones de vulnerabilidad debido a la escasez o inexistencia de esos vínculos. Porque estas consideraciones están teniendo en cuenta a familias con hijos o hijas y con relaciones positivas. Pero el problema surgirá en los casos en los que no existan vínculos con descendientes pues las redes sociales basculan sobre su existencia. En estos casos existirá una mayor vulnerabilidad dada la reducción de los miembros de las familias extensas.

Tradicionalmente, entre un 20% y un 25% de los nacidos en cada generación no tenía descendencia. A quienes había que sumar aquellos que llegaban a la vejez sin hijos (vivos) debido a la alta mortalidad temprana. Esta población se veía arropada por redes densas en términos de vínculos intrageneracionales. Por ejemplo, en 1982 un 33% de las personas mayores solteras vivían con hermanos o hermanas. Las generaciones que actualmente transitan por la vejez son excepcionales desde esta perspectiva, son las generaciones con menor infecundidad de nuestra historia. Los nacidos entre las décadas de los años 30 y los 50, tuvieron una infecundidad igual o inferior a un 15%. Por tanto, en la actualidad la población mayor con escasez de vínculos intergeneracionales es muy reducida. Pero en un futuro

próximo llegarán a la vejez poblaciones con una mayor infecundidad; un 20% entre las nacidas en los años 60 y es posible que en torno a un 25% entre las nacidas a mediados de los años 70 (ESTEVE *et al.*, 2016). A ello habrá que añadir una menor presencia de cónyuge y un menor número de hermanos/as (y de sus descendientes). Un 9% de la población actual de mediana edad tiene padres pero no pareja, hijos ni hermanos con quienes compartir la responsabilidad.

Por otra parte, esta organización ideal de cuidados en casa con la familia (TORNS *et al.*, 2014) convierte a las mujeres como cuidadoras principales y las señala como las más capaces para asegurar el afecto y cariño que requieren estas tareas (Tabla 1.5) y esto es así tanto para garantizar los cuidados de larga duración como los cuidados de niños y niñas. En el caso de los cuidados a personas adultas mayores esta situación provoca una doble contradicción.

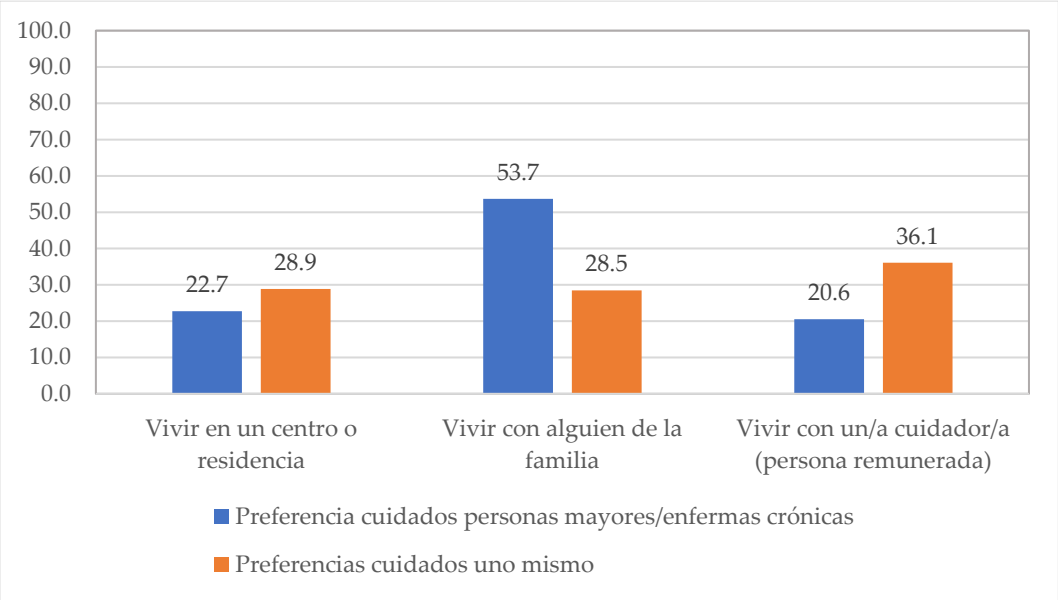
La primera de ellas es que las personas cuidadoras, aunque viven los cuidados de larga duración como un trabajo, los perciben bajo relaciones de afecto y amor a desarrollar en el seno de la familia y es ahí en donde surge una tensión entre la obligación moral y los costes personales que conlleva su asunción (BOFILL-POCH, 2018). Esta naturalización de las habilidades y competencias relativas a los cuidados de larga duración alimenta la desconfianza hacia los servicios sociales ofertados. Estos son percibidos como asistencialistas e impersonales por lo que en muchos casos las familias se niegan a recibir atención personalizada en centros de día o en otros servicios complementarios.

Según el CIS (3009/2014), el 53,7% de quienes cuidan a personas mayores consideran que los mejores cuidados son los que se ofrecen dentro de los hogares por la parentela (Gráfico 1.5). Los datos de la *Encuesta FOESSA 2018* corroboran el alcance de esta situación. Cuando se pregunta a cuidadoras/es de personas mayores si echan en falta algún tipo de ayuda adicional para afrontar la atención sus respuestas se sitúan mayoritariamente entre quienes que echan en falta algún tipo de apoyo económico (43,7%) o quienes consideran que tienen cubiertas estas necesidades dentro del hogar (37,2%) (Gráfico 1.6).

La segunda contradicción está relacionada con la presencia de la contratación de empleadas de hogar como cuidadoras no profesionales en los hogares privados. La prevalencia de este fenómeno en las últimas dos décadas implica que el control que supone el espacio doméstico se impone a los estándares de cuidado que se exigen a las instituciones especializadas, pero no en el interior del hogar (tabla 1.5 y gráfico 1.4) y se prevé además que esta opción avance en el futuro pues es la preferida cuando se pregunta sobre cómo le gustaría que se cubriesen sus cuidados personales (Gráfico 1.5). Los cuidados de larga duración se perciben, por tanto, como un problema individual que debe resolverse dentro del ámbito privado porque las opciones que ofrece el estado no responden a las expectativas y requerimientos de las situaciones particulares. O bien, no se contempla la posibilidad de respuesta por parte del Estado. Este ideal supone en sí mismo uno de los obstáculos principales para la profesionalización del sistema de cuidados de larga duración en España y genera fuertes estratificaciones en función de la clase social, el género y la procedencia étnica[10].

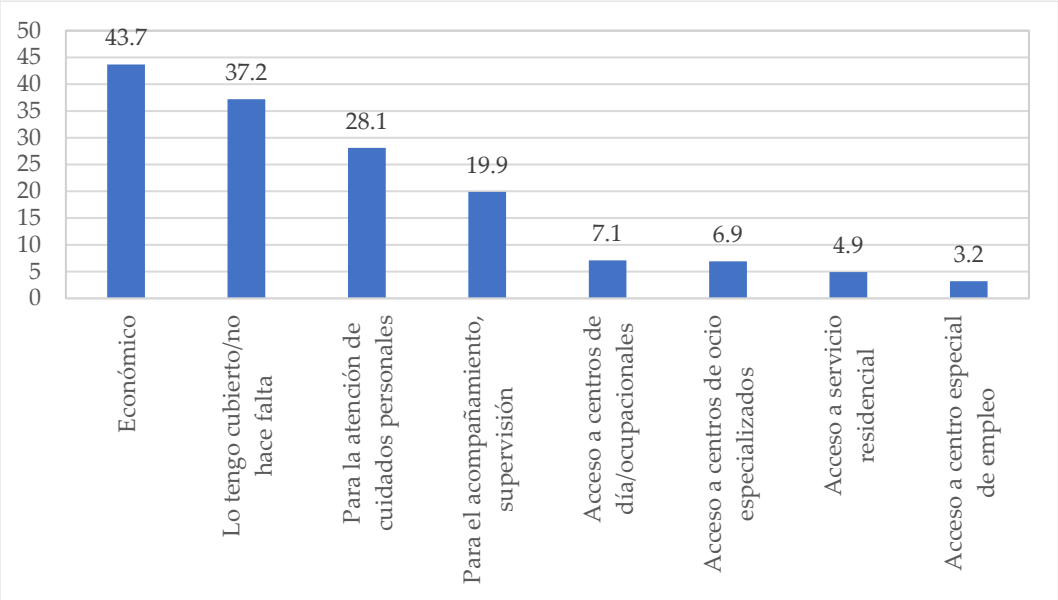
[10] Para consultar con detalle estas ideas ver el Documento de Trabajo 2.7 *El desafío de género en los cuidados de la vejez: ¿Riesgo u oportunidad social?* (MORENO-COLOM, 2019).

Gráfico 1.5. Piense ahora en las personas que debido a una edad avanzada o enfermedad no pueden realizar las actividades básicas de la vida diaria ¿Cuál sería la mejor opción para su cuidado? ¿Y cuáles serían sus preferencias de cuidados de verse en esta situación? (%)



Fuente: Elaboración propia a partir de CIS, Encuesta cuidados a personas dependientes 3009/2014.

Gráfico 1.6. Echa en falta algún tipo de apoyo o ayuda para hacer frente a la atención de estas personas con limitaciones para la vida diaria (respuesta múltiple) (%)



Fuente: Elaboración propia a partir de FOESSA, 2018.

1.4. BAJO EL PARAGUAS DE UNAS POLÍTICAS DÉBILES, QUE OTORGAN POCOS DERECHOS Y GENERIZADAS. EL DESPLIEGUE INSUFICIENTE Y DIVERSO DE LA LEY DE DEPENDENCIA

1.4.1. LA PROTECCIÓN SOCIAL PÚBLICA ORIENTADA A LOS CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN

La entrada en vigor en el año 2007 de la *Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de Dependencia* (LAPAD) modificó la naturaleza con la que se habían definido las líneas de actuación de la política social y el catálogo de recursos públicos en España. Hasta su aprobación únicamente se contaba con algunos dispositivos protectores instaurados en los años ochenta para cubrir situaciones específicas de discapacidad (COMAS-D'ARGEMIR, 2015). La LAPAD amplió la intensidad y cobertura del catálogo de los servicios sociales existentes: servicio de ayuda a domicilio (SAD), teleasistencia, centros de día y residencias gerontológicas, y definió una serie de transferencias monetarias destinadas a la compra de cuidados personales en el mercado privado y a la compensación del trabajo asistencial familiar (cuadro 1.1).

Dicha medida legislativa terminó con un vacío legal en materia de protección a las personas con dependencia y cubrió los procesos de vulnerabilidad asociados a la edad. Si hasta ese momento la normativa jurídica en materia de dependencia tenía como finalidad cubrir únicamente aquellas situaciones en las que la enfermedad alejaba a los ciudadanos de su inserción en el mercado laboral, la LAPAD vincula legislativamente de forma pionera en España, vejez y dependencia como situaciones asociadas, por lo que, la protección a la dependencia no estaría ya limitada exclusivamente a los individuos que no pueden acceder al mercado laboral, sino también a aquellos cuya ausencia de autonomía está asociada a su propio proceso de envejecimiento. Es así que la dependencia queda definida como "el estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal" (artículo 2, Ley 39/2006).

Los artículos 41, 49 y 50 de la Constitución española destinados a las personas con discapacidad y dependencia, hacen referencia a la necesidad de promover desde la esfera pública un sistema de servicios sociales destinados específicamente a este colectivo. Si bien hasta ese momento estos artículos reconocían este derecho a la protección social, dicho derecho no era vinculante. Este dependía de la voluntad de los Gobiernos autonómicos en desarrollar leyes para tal fin por ser las comunidades autónomas las entidades con competencia en materia de servicios sociales. Estos artículos a pesar de recoger la necesidad de crear unos servicios sociales de promoción del bienestar social dirigidos a las personas mayores (artículo 50) y a las personas con discapacidad (artículo 49) presentaban, por tanto, una seria deficiencia al no definir un límite básico en la suficiencia de estas prestaciones sociales.

La no existencia de un nivel mínimo de protección social establecido de manera legal para todo el Estado cuestionaba la implantación y el desarrollo de un sistema público de protección social adecuado. Esta situación también promovió la formación de un mapa heterogéneo de prestaciones sociales según comunidad autónoma. La LAPAD supuso un esfuerzo homogeneizador en materia de asistencia social y creó de forma pionera en España la exigencia en todas las regiones de un nivel básico de protección. Según señala la propia ley ha sido el envejecimiento de la población con el consiguiente aumento de personas en situación de

dependencia y la incorporación de la mujer al mercado de trabajo formal, los fenómenos que han repercutido en la aparición de este marco normativo que recoge las carestías asistenciales de esta población y la dotación mediante recursos públicos de sus necesidades de atención personal. El catálogo de servicios sociales y de prestaciones económicas que presenta la ley se describe en el cuadro que aparece a continuación (Cuadro 1.1).

Cuadro 1.1. Catálogo de servicios sociales y de prestaciones económicas de la Ley 39/2006

Servicios sociales

1. Servicios de prevención de las situaciones de dependencia.
2. Servicio de teleasistencia.
3. Servicio de ayuda a domicilio (SAD):
   - Atención a las necesidades del hogar.
   - Cuidados personales.
4. Servicio de centro de día y noche:
   - Centro de día para mayores.
   - Centro de día para menores de 65 años.
   - Centro de día de atención especializada.
   - Centro de noche.
5. Servicio de atención residencial:
   - Residencia de personas mayores en situación de dependencia.
   - Centro de atención a personas en situación de dependencia, en razón de los distintos tipos de discapacidad.

Prestaciones económicas

1. Prestación económica vinculada al servicio.
   Se reconocerá cuando no sea posible el acceso a un servicio público o concertado de atención y cuidado.
2. Prestación económica para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales.
   Tiene carácter excepcional y se concederá únicamente cuando el beneficiario esté siendo atendido por su entorno familiar y se reúnan las condiciones adecuadas de habitabilidad y convivencia. El cuidador deberá ajustarse a las normas sobre afiliación, alta y cotización a la Seguridad Social.
3. Prestación económica de asistencia personal.
   Su finalidad es la promoción de la autonomía de las personas con gran dependencia. Su objetivo es contribuir a la contratación de una asistencia personal, durante un número de horas, que facilite al beneficiario el acceso a la educación y al trabajo, así como una vida más autónoma en el ejercicio de las actividades básicas de la vida diaria.

Las prestaciones económicas previstas en la ley son incompatibles entre sí y con los servicios del catálogo establecido, salvo con los servicios de prevención de las situaciones de dependencia, de promoción de la autonomía personal y de teleasistencia. Por su parte, los servicios son también incompatibles entre sí, a excepción del de teleasistencia. No obstante, las Administraciones públicas competentes pueden establecer la compatibilidad entre prestaciones para apoyo, cuidados y atención que faciliten la permanencia en el domicilio a la persona en situación de dependencia, de tal forma que la suma de estas prestaciones no sea superior, en su conjunto, a las intensidades máximas reconocidas a su grado de dependencia. A los efectos de la asignación del nivel mínimo establecido en el artículo 9, estas prestaciones tendrán la consideración de una única prestación. De esta forma, se permite compatibilizar el servicio de ayuda a domicilio con las prestaciones económicas de cuidados en el entorno

familiar, así como con la de asistencia personal y con la prestación de centro de día y de noche.[11]

Una de las primeras medidas para articular las prestaciones estatales y autonómicas en materia de asistencia social ha sido la creación de un Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) en el cual participan cada una de las administraciones públicas. El objetivo primordial del SAAD sería garantizar las condiciones básicas y de previsión de los niveles de protección a los que se refiere la LAPAD. En concreto, se han establecido tres niveles: "(…) un nivel mínimo de protección, definido y garantizado financieramente por la Administración General del Estado. Asimismo, como un segundo nivel de protección la ley contempla un régimen de cooperación y financiación entre la Administración General del Estado y las comunidades autónomas mediante convenios para el desarrollo y aplicación de las demás prestaciones y servicios que se contemplan en la ley. Finalmente, las comunidades autónomas podrán desarrollar, si así lo estiman oportuno, un tercer nivel adicional de protección a los ciudadanos" (Ley 39/2006). Para que dicha implementación sea efectiva en todos los niveles el SAAD cuenta con un Consejo Territorial que vela por la coordinación y cooperación entre la Administración General del Estado (AGE) y las comunidades autónomas. La situación de dependencia fue clasificada originariamente en tres grados con dos niveles cada uno de ellos (dependencia moderada, severa y gran dependencia) según la capacidad de autonomía con respecto a un grupo de actividades básicas, aunque en el desarrollo posterior de la norma este baremo fue modificado eliminándose los niveles y quedando únicamente los grados.

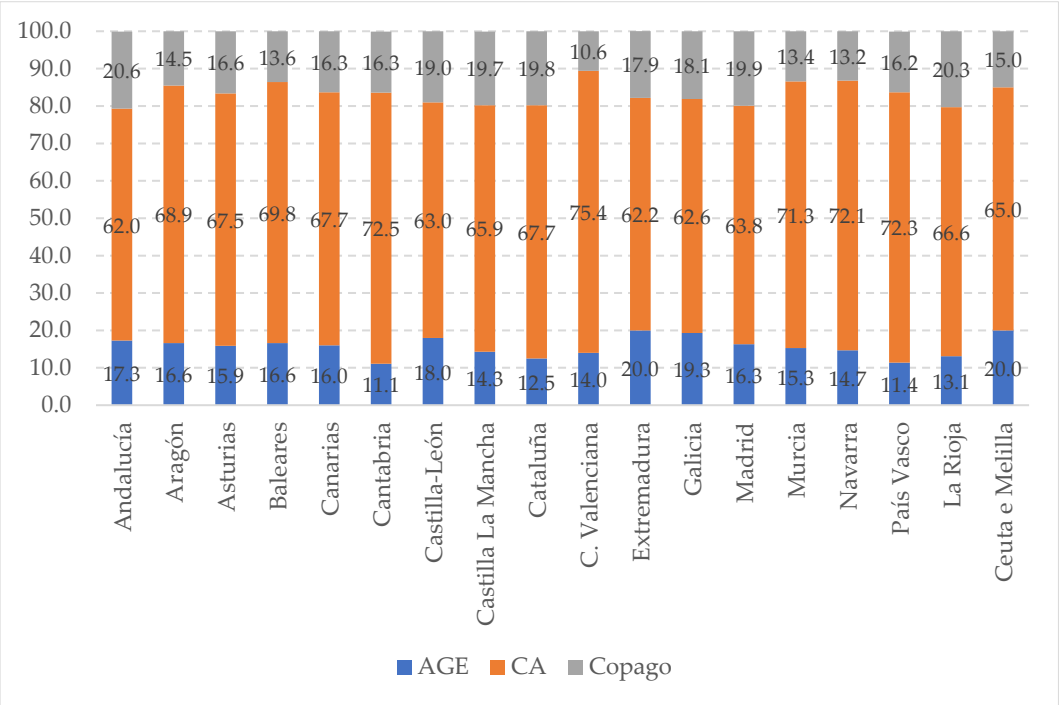
La financiación de los servicios sociales y prestaciones económicas previstos por la LAPAD corresponde a la AGE y a las Administraciones autonómicas. La AGE debería garantizar a las Administraciones autonómicas la financiación necesaria para poder establecer el nivel mínimo de protección marcado. La LAPAD señala de forma explícita que las personas beneficiarias contribuirán económicamente a la financiación de los recursos utilizados en función de su renta y de su patrimonio. Se establece de esta manera un mecanismo de copago para afrontar el pago de servicios como el SAD, los centros de día o las residencias gerontológicas. Para establecer el copago la LAPAD mide de forma independiente la economía de la persona beneficiaria, no calculándose la capacidad económica en función de la unidad doméstica. La fórmula de valoración de la economía de la persona beneficiaria a partir de la de su núcleo de convivencia es conocida como principio de subsidiariedad, típico en los regímenes de bienestar mediterráneos (dentro de los cuales se enmarca España). La adopción de medir la renta y los bienes materiales de la persona dependiente permite entender la política social como protectora de quien es beneficiaria y no de toda entidad familiar con la que habita.

Para estimar los costes de la LAPAD se ha implementado el Sistema de Información del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SISAAD), cuya misión es proporcionar información económica de las comunidades autónomas relativa a los gastos, ingresos y copagos, pero lamentablemente no existen datos separados de los costes de la dependencia con respecto el resto de las actividades de servicios sociales. Esta situación complica los análisis económicos del coste de la dependencia. Tal y como menciona Júlia MONTSERRAT (2019: 167): "La inexistencia de un presupuesto propio de atención a la dependencia hace difícil seguir la trazabilidad de aquellos recursos no finalistas que sean transferidos desde la Administración General del Estado a las comunidades autónomas. Sirva como ejemplo el caso de los fondos adicionales de la Ley 22/2009. Mientras que el IMSERSO argumenta que a través de dicha ley se añadieron recursos adicionales a las comunidades

[11] *Real Decreto 1051/2013, de 27 de diciembre, por el que se regulan las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, establecidas en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.*

autónomas para la atención de la dependencia en el período 2009-2013, quienes son responsables en el ámbito autonómico de los servicios sociales sostienen que estos no llegaron a sus presupuestos, ya que quedaron difuminados entre el conjunto de las consejerías de la comunidad autónoma correspondiente". Y esta situación ha conllevado a un debate continuo entre la AGE y las Administraciones autonómicas. Algunos informes se han realizado a este respecto. Destaca el de la Asociación de Directores y Gerentes en Servicios Sociales (2020) cuyos datos se muestran a continuación. En todo caso, el gasto sanitario y social es muy bajo en España comparado con otros países de la Unión Europea (UE). Ahora mismo se sitúa en un 0,7% como peso del PIB mientras que la media de los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) es de 1,7. Además, de ese 0,7% el gasto social es muy reducido con respecto al sanitario. El anuario *Health at a Glance* publicado por la OCDE (2019: 239) ofrece los datos comparativos y resalta esta inversión con la que realizan algunos países nórdicos como Holanda (3,7%), Noruega (3,3%) o Suecia (3,2%).

Gráfico 1.7. Coste estimado del SAAD anual según comunidades autónomas, 2018 (%)



Fuente: Asociación de Directores y Gerentes en Servicios Sociales, 2020.

1.4.2. LAS POLÉMICAS DE LA LAPAD DURANTE SU IMPLEMENTACIÓN

Durante estos 13 años de vigor de la LAPAD, dicha norma no ha estado exenta de polémicas, entre las cuales cabría mencionar: 1) la elevada expansión de las prestaciones económicas, 2) las dificultades de la financiación y los recortes presupuestarios y conceptuales a partir de las políticas de estabilización presupuestaria aprobadas en el año 2012, 3) la ausencia de controles claros y de seguimiento en la administración de los servicios gestionados por empresa y, 4) la heterogeneidad en la filosofía de su implementación en cada comunidad autónoma. Veamos cada una de ellas con más detalle.

1. Las prestaciones económicas (PE) han sido los recursos más llamativos y mediáticos de todos los establecidos por la LAPAD ya que la filosofía de la protección social española anterior a la LAPAD impedía su evolución: la ausencia de autonomía se medía a partir de la incapacidad para desempeñar un empleo por lo que la protección social únicamente actuaba cuando la persona dependiente estaba en edad activa. La LAPAD extiende la

cobertura de la protección económica a toda la ciudadanía independientemente de su edad por lo que estas nuevas modalidades de ayudas económicas repercutieron considerablemente en la reorganización de los cuidados dirigidos a las personas mayores.

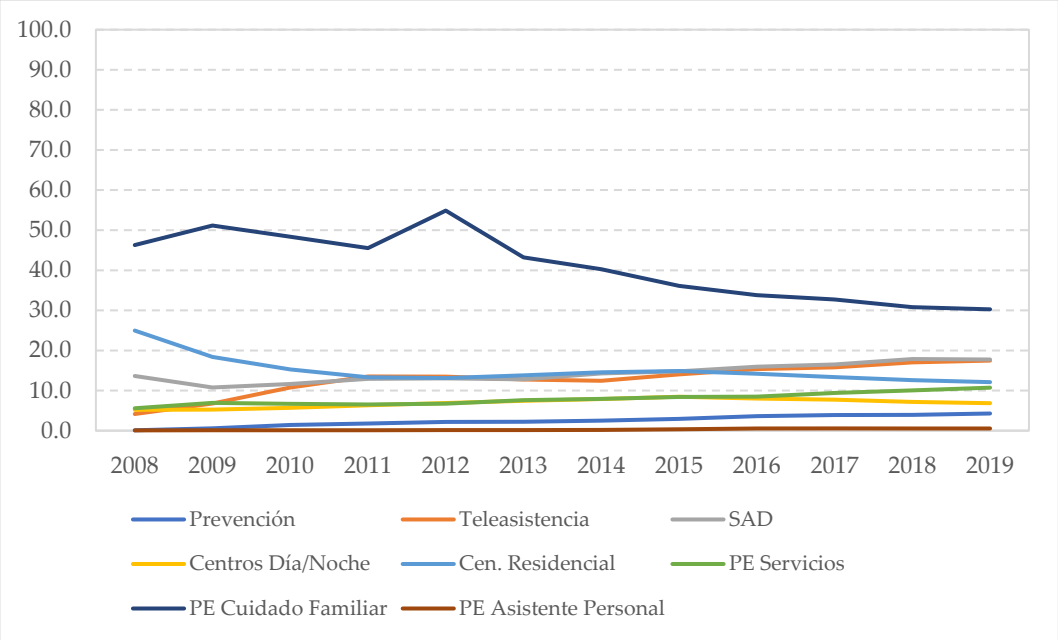
El programa de prestaciones definió tres modalidades de transferencias económicas destinadas a: 1) la adquisición de servicios de atención proporcionados por empresas privadas (Prestación económica vinculada al servicio [PEVS]), 2) a la contratación de un asistente personal profesional (Prestación económica de asistencia personal [PEAP]), o 3) a la remuneración de un familiar o cuidador/a no profesional (Prestación económica para cuidados en el entorno familiar [PECEF]). Los datos del IMSERSO confirman que esta última prestación, la dirigida a los cuidados personales realizados por un pariente (PECEF) ha sido el recurso más potenciado de todos los incluidos en el programa al concentrar en el año 2008 al 46,3% de todos los beneficiarios al comienzo de la implementación del SAAD y al continuar su expansión en los siguientes años, llegando incluso a alcanzar al 54,9% en el año 2012. Sin embargo, las prestaciones dirigidas a contratar a un cuidador profesional (PEAP) o a comprar servicios sociales en el mercado (PEVS) tuvieron una extensión más tardía y con menor incidencia. Por ejemplo, la PEVS se ha ampliado en los últimos años y alcanza en la actualidad (año 2019) al 10,7% de los usuarios/as, pero tan solo unos años antes, en el 2013, esta cifra era del 7,6%. La situación de la PEAP es incluso llamativa: prácticamente no se ha utilizado y en el año 2019 concentra únicamente al 0,6% de los usuarios/as (Gráfico 1.8 datos para el total de España).

La elevada divulgación de la PECEF suscitó una relevante controversia en el ámbito político, económico y social (MARTÍNEZ-BUJÁN, 2014). La polémica surgió en un primer momento porque esta tendencia a favorecer el desarrollo de las prestaciones económicas en detrimento de los servicios sociales se desvió del espíritu con el que fue creada la norma. El documento legal destacaba el carácter prioritario de los servicios sociales sobre los subsidios, considerados estos como una medida excepcional a conceder exclusivamente en ausencia de servicios sociales en el entorno de la persona usuaria. La expansión de la PECEF desvirtuó esta ideología de la ley al minimizar la cobertura del resto de prestaciones económicas y de los servicios sociales que en un principio se habían contemplado. Por este motivo, en los últimos años se intentó controlar la concesión de PECEF y en la actualidad el número de personas usuarias ha descendido al 30,3% de todos los que configuran el programa.

Más adelante, el debate se centró en los efectos que este subsidio podría producir en la estructura del trabajo familiar de los cuidados. Según el texto de la ley, el fundamento de la LAPAD se enmarca en las necesidades de suavizar la implicación de las familias en la asistencia personal y de fomentar el cuidado profesional a domicilio. Sin embargo, la PECEF no cumple con ninguno de estos dos requisitos ya que su formulación ha reforzado la presencia de las mujeres como principales cuidadoras en las situaciones de grave dependencia con repercusiones tanto en la calidad de los cuidados (ya que esas personas son las que requieren una asistencia personal más especializada) como en la efectividad de los mismos (no existe una valoración de los cuidados que realiza el familiar) (MARBÁN, 2019). Además, algunas investigaciones han puesto en evidencia como esta prestación era utilizada por algunas familias para pagar a una cuidadora privada contratada de manera irregular en el servicio doméstico. De esta manera, el sistema público de atención a la dependencia estaba fomentando la creación de un sector sumergido de cuidados a domicilio (MARTÍNEZ-BUJÁN, 2011). En la actualidad, la fuerza de esta privatización de los cuidados es reconocida por las administraciones públicas. En algunas comunidades autónomas, entre las que se encuentra Galicia, es necesario justificar el gasto de esta prestación en cuidados y se exigen facturas a las familias que así lo demuestren. Entre ellas,

es válido el gasto en la contratación de una cuidadora privada. Aunque en estos casos es necesaria su incorporación a la Seguridad Social eso significa que los cuidados no son realizados específicamente por familiares tal y como marcan las exigencias de la normativa.

Gráfico 1.8. Evolución de las prestaciones concedidas por la LAPAD, 2008-2019 (%)



Fuente: Elaboración propia a partir de IMSERSO, SAAD.

2. Esta enorme distancia entre la filosofía con la que fue redactada la ley con respecto a la política seguida para su implantación está relacionada con las severas dificultades de financiación que se han tenido que afrontar desde su entrada en vigor. Por un lado, debido a la coyuntura económica provocada por la Gran Recesión de 2008 pero, por otro, también están relacionadas con la dificultad de cumplir con unos criterios presupuestarios que no habían sido consensuados por todos los Gobiernos autonómicos.

   En la LAPAD se define un nivel mínimo de protección que corresponde a la AGE y un nivel compartido, nivel acordado, entre el Gobierno central y los Gobiernos regionales, por lo que para el desarrollo efectivo de la ley es imprescindible una buena disposición de las comunidades autónomas. Sin embargo, y debido a motivos históricos, económicos y políticos no todas las regiones mostraron una fácil colaboración ni tampoco consideraban los mismos recursos sociales como prioritarios para proceder a su difusión. Durante los primeros años de su implementación, las oposiciones políticas aparecieron principalmente por parte del País Vasco, Navarra y Cataluña que consideraban a la LAPAD como un mecanismo que favorecía la centralización en detrimento de la soberanía competencial de las comunidades en materia de provisión de cuidados. Junto a estas divergencias habría que sumar el estallido de la Gran Recesión en los inicios de la puesta en marcha de la ley. Según Joan COSTA-FONT (2010) la reforma del sistema de cuidados de larga duración español pudo culminarse con éxito porque se produjo en un clima político especialmente favorable. El país estaba pasando por un momento de expansión económica, existía una amplia aceptación pública para la creación de un sistema nacional de la dependencia y, además, apareció una estrategia de coaliciones políticas entre algunos Gobiernos regionales y el central imprescindibles para su implantación: cuando se aprobó la LAPAD el Gobierno central socialista acababa de ser elegido y necesitaba del apoyo gubernamental de algunas autonomías (Galicia y Cataluña fueron las regiones que más trabajaron en la

promoción de la ley). Pero esa realidad duró tan solo un par de años puesto que los efectos de la crisis económica provocaron que esas tiranteces iniciales se hicieran más visibles. Las medidas introducidas por el Gobierno central a partir del año 2010 relacionadas con la contención del gasto público perjudicaron a la financiación de un sistema que estaba ideado para que cada Administración (central, regional y local) aportase una cantidad fija establecida. De hecho, la LAPAD estableció un periodo progresivo de implantación de las prestaciones de la ley (2007-2015) con el objetivo de regular el impacto asistencial y presupuestario que podía representar en las autonomías la entrada masiva de personas beneficiarias en el sistema. Pero, el plazo previsto de su despliegue se vio alterado por el Real Decreto Ley 20/2012[12], el cual no solo introdujo recortes presupuestarios, sino que supuso una reforma fuerte de la LAPAD, a la vez que pospuso durante tres años, el derecho de entrar en el sistema a las personas beneficiarias del grado I (dependencia moderada)[13].

Esta reforma de la LAPAD se enmarca en el contexto de recrudecimiento de la crisis económica a partir de mediados del 2010. La nueva orientación de la política económica en la salida de la crisis se centra en reforzar la devaluación salarial, la liberalización del mercado laboral y la reducción de los déficits fiscales, mediante la contención del gasto público y el incremento de los impuestos, sustituyendo las anteriores políticas expansivas de gasto. Es así como en julio de 2012 se aprueban las medidas de estabilidad presupuestaria que tienen como objetivo reducir el gasto público e incrementar los ingresos fiscales. En este proceso el Gobierno refunda la LAPAD configurando una nueva LAPAD, la cual recorta derechos de las personas beneficiarias, rebaja la oferta asistencial y reduce el gasto público disminuyendo el presupuesto destinado a la atención a la dependencia e incrementando los ingresos a través de los copagos. Es en ese proceso donde comienzan a promocionarse las prestaciones económicas vinculadas a servicios en detrimento de las PECEF además de decidir penalizar a aquellas comunidades autónomas que continúen teniendo una proporción elevada de PECEF mediante la utilización del nivel mínimo de financiación[14].

El núcleo central de los recortes en materia de atención a la dependencia se identifica con el Real Decreto Ley 20/2012 que pospone la entrada al sistema de las personas beneficiarias con grado I (dependencia moderada) durante tres años: de julio de 2012 a julio de 2015. Asimismo, los presupuestos generales del estado para 2012, 2013 y 2014 fueron aprobando recortes presupuestarios como la suspensión del Nivel Acordado[15] y la supresión de la bonificación de la cuota de la Seguridad Social del cuidador o cuidadora familiar. Estas medidas se completan con la resolución de 13 de julio de 2012 que reforma la contribución de las personas usuarias (copago) elevando sus aportaciones al sistema.

Posteriormente, el *Real Decreto 1051/2013 de 27 de diciembre, por el que se regulan las prestaciones establecidas en la LAPAD*, organizó el nuevo contexto asistencial nacido de la refundación de la LAPAD. El elemento principal es la reducción en las intensidades de la prestación de los servicios ofertados y las cuantías de las prestaciones (Tabla 1.8). Uno de los recursos más afectados ha sido el SAD que, como se observa en la Tabla 1.9, rebajó

[12] El *Real Decreto Ley 20/2012, de 13 de julio, de medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria y de fomento de la competitividad*.

[13] De hecho, los recortes de la ley se empezaron a implementar ya en el 2011, por el *Real Decreto Ley 20/2011, de 30 de diciembre, de medidas urgentes en materia presupuestaria, tributaria y financiera para la corrección del déficit público*, en que, además, se pospone la atención a la dependencia moderada (DEUSDAD *et. al.*, 2016).

[14] Se aplica un coeficiente corrector a la parte variable del nivel mínimo (porcentaje del total a repartir) de forma que aquellas comunidades autónomas cuya proporción de PECEF respecto al total de prestaciones sea superior a la media del conjunto de las comunidades autónomas, recibe un importe inferior al que le correspondería, y viceversa.

[15] Se trata del nivel de financiación compartido entre la AGE y las autonomías.

sustancialmente el número de horas de prestación máximos, situación que conllevó también a que se redujesen las intensidades medias prestadas por cada municipio. En los centros de día también se limita el número de horas de utilización, si bien la norma hace referencia a los mínimos de atención. Así, establece con carácter general 15 horas mensuales de atención para las personas con dependencia de grado I.

Tabla 1.8. Cuantías máximas de las prestaciones económicas por grado y nivel para el año 2007, 2008 y 2018 (euros mensuales)

Grados y niveles	PE vinculada al servicio		PE cuidados entorno familiar		PE asistencia personal[16]	
	2008	2018[17]	2008	2018	2008	2018
Grado III Nivel2	812	715,07	507	387,64	812	715,07
Grado III Nivel1	609		406		609	
Grado II Nivel2	450	426,12	328	268,79	-	426,12
Grado I[18]	-	300	-	153	-	300

Fuente: MARBÁN, 2019.

Tabla 1.9. Número máximo de horas de utilización de los servicios de ayuda a domicilio antes y después de las medidas de estabilización presupuestaria de 2012

Grados dependencia	LAPAD	Beneficiarios antes agosto 2012	Beneficiarios después agosto 2012
Grados 3-2	Entre 79 y 90h/mes	Entre 56 y 70h/mes	Entre 46 y 70h/mes
Grado 3-1	Entre 55-70 h/mes	Entre 45-55 h/mes	
Grado 2-2	Entre 40-55 h/mes	Entre 31-45 h/mes	Entre 21 y 45 h/mes
Grado 2-1	Entre 30-40 h/mes	Entre 21-30 h/mes	
Grado 1-2	Entre 21-30 h/mes	Máximo 20 horas/mes	Máximo 20 horas/mes
Grado 1-1	Entre 12-20 h/mes		

Fuente: MONTSERRAT, 2015.

3. Otra de las cuestiones controvertidas de la LAPAD es que poco se sabe con relación a como la Administración realiza los controles de seguimiento en las empresas con plazas concertadas y cuáles son los mecanismos que establece para hace cumplir la exigencia de las ratios de personal y de cualificación personal y profesional definidos en el Acuerdo del Consejo Territorial del 2008. Algunas investigaciones ya han puesto en evidencia durante la etapa de recesión económica que había un déficit de trabajadores/as que superaba la cifra de 18.000 establecida por el IMSERSO en 2014 (MARTÍN SERRANO, 2014). Asimismo, las administraciones autonómicas también argumentan falta de recursos económicos para la oferta de formación profesional. La calidad en los servicios de atención a la dependencia puede resentirse si existen grietas por las que se escapa el de control de calidad por parte de la Administración. El único objeto de control administrativo para las empresas que ofrecen cualquier tipo de servicios del catálogo de prestaciones es el de exigir el cumplimiento de los requisitos para abrir el centro, así como el de establecer un precio preferencial a los usuarios de la LAPAD. Esos son los requerimientos para obtener el certificado de acreditadas. La relación contractual se establece entre persona usuaria y

[16] Hasta julio de 2012 esta prestación solo se concedía a personas con gran dependencia. Desde esa fecha se amplió a los demás grados.

[17] Hasta 2012 existían niveles dentro de cada grado. Desde esa fecha se eliminaron dichos niveles de dependencia.

[18] Las personas dependientes con grado I finalmente se incorporaron al SAD en 2018.

empresa y, por lo tanto, será la usuaria y no la Administración quien pueda exigirle explicaciones sobre la calidad del servicio.

4. Estas prioridades políticas tan divergentes en cuanto al tipo de recursos sociales que debían difundirse y las complicaciones en la financiación han promovido el establecimiento de distintos modelos de cuidados a escala regional. Inicialmente parecía que la concepción de la LAPAD intentaba adecuarse a estos escenarios tan desiguales mediante el establecimiento de un nivel mínimo de cobertura homogéneo en todo el país (RODRÍGUEZ-CABRERO, 2012). Pero al no existir un fuerte consenso político sobre cuáles debían de ser los mecanismos adecuados para la sostenibilidad del modelo, el resultado ha sido la visibilización de fuertes oscilaciones territoriales fruto de las tensiones existentes entre los diversos niveles de Gobiernos implicados (fundamentalmente entre el Gobierno central y el autonómico) y las culturas de cuidados imbricadas en cada región.

   La defensa de estas prioridades políticas ha influido en el tipo de programas de protección social que cada región ha desarrollado de manera preferente. Aunque la mayoría adoptaron como medida principal la extensión de la prestación económica para, cuidados en el entorno familiar y no profesionales, por ser la más económica, la más popular y la de más sencilla implantación, se han encontrado enormes disparidades territoriales en su cobertura (BARRIGA, 2010) y modificaciones en la extensión de uno u otro recurso desde la implementación de la ley. Por ejemplo, según los datos de 2019, mientras que las comunidades autónomas de Illes Balears, Navarra y Comunitat Valenciana concentran respectivamente en la prestación económica de cuidados familiares al 56,4%, 50,9% y al 52,4% de sus beneficiarios, en otras regiones se han intentado desarrollar los servicios de ayuda a domicilio, como es el caso de Galicia y La Rioja, con un 32,9% y un 29,7% de usuarios/as de la LAPAD que cuentan con un cuidado profesional en el hogar. En contraste, Cantabria solo ha concedido este recurso al 5,6% beneficiarios/as del sistema. Por otra parte, País Vasco, se configura como la única comunidad autónoma que está potenciando la prestación con un 7,6% de beneficiarios en este recurso.

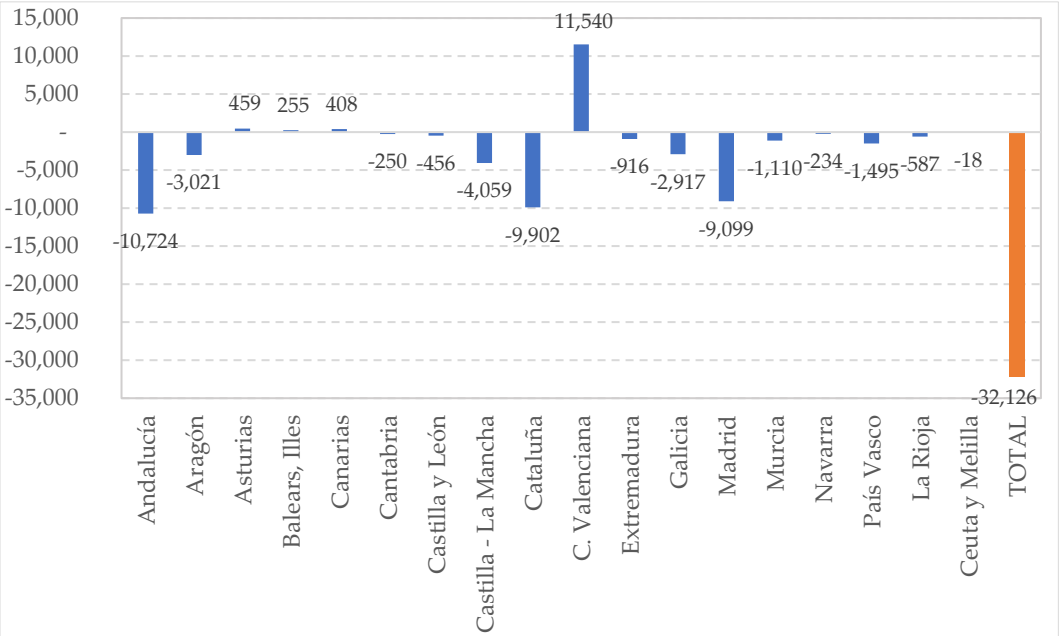
1.4.3. LOS SERVICIOS DEL SAAD EN EL CONTEXTO DE LA CRISIS SANITARIA

La rápida propagación de la covid ha situado al sistema sanitario y de cuidados en una situación de incertidumbre sin precedentes y sin una experiencia previa acumulada sobre cómo proceder a la gestión de los servicios de atención a personas mayores y dependientes. El impacto de la enfermedad en la salud de las personas más vulnerables ha visualizado, precisamente, la fragilidad del modelo de cuidados de larga duración tanto en su vertiente pública como privada. El estado de alarma que entró en vigor el 14 de marzo de 2020 tuvo como objetivo contener la transmisión del virus y las medidas asociadas de confinamiento absoluto supusieron la principal estrategia para su detención. De esta manera, los espacios de convivencia utilizados por parte de personas con especial riesgo al contagio se cerraron de repente. En el ámbito de los servicios sociales se suspendieron los servicios de prevención de la dependencia y promoción de la autonomía personal, los centros de día y noche, el servicio de ayuda a domicilio (que se retomó días después una vez que se aprobaron medidas de protección para las trabajadoras en los hogares) y la atención residencial, cuyos centros cerraron las visitas de familiares o personas externas a la plantilla.

Para estimar el impacto de la pandemia en la evolución y funcionamiento de estos servicios sociales y de los recursos del SAAD vamos a explorar cómo se ha modificado su distribución en tres momentos temporales: marzo 2020, julio 2020 y enero 2021. En el último año, la evolución de personas beneficiarias del SAAD que disfrutan de una prestación prácticamente se ha mantenido constante, disminuyendo únicamente un 0,5% y, pasando de 1.121.520

personas en marzo de 2020 a 1.115.616 usuarios en enero de 2021. Ello significa que el sistema se encuentra con los mismos niveles de cobertura entre la población dependiente, aunque existen diferencias significativas por comunidad autónoma que dependen: 1) del nivel de mortalidad que hayan tenido las personas con prestación y 2) de las fórmulas seguidas para la gestión y la capacidad de las administraciones públicas para seguir concediendo nuevas altas durante el proceso de crisis sanitaria. Los niveles de mortalidad han sido muy elevados tal y como recoge el Informe del IMSERSO (2020a) sobre Momo, *Monitorización de la Mortalidad en el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD)*. Sus cifras indican que del total de personas dependientes atendidas con servicios o prestaciones se observa un exceso de fallecimientos de 37.865 personas entre marzo y julio de 2020, lo que supone una media de exceso de mortalidad de un 60,1%. La tasa de personas beneficiarias fallecidas según prestaciones fue de 69,3 por cada 1.000 prestaciones (período marzo-julio 2020) y, esta ha sido más elevada entre aquellas personas usuarias de recursos que suponen una institucionalización. Como vemos en el siguiente gráfico, solo cuatro comunidades autónomas: la Comunitat Valenciana, Asturias, Illes Balears y Canarias, han conseguido aumentar el número de personas con prestación durante este período. Las situaciones más complicadas se advierten en Andalucía, Cataluña y Madrid.

Gráfico 1.9. Evolución personas beneficiarias con prestación por comunidades autónomas, marzo 2020–julio 2021



Fuente: Elaboración propia a partir IMSERSO, SAAD.

La Tabla 1.10 representa el porcentaje de personas beneficiarias de los servicios sociales durante el período de la crisis sanitaria, establecido en las tres etapas antes mencionadas: marzo 2020, julio 2020 y enero 2021. El porcentaje de personas usuarias de atención residencial ha descendido un 9,0% y el de centros de día/noche ha disminuido un 9,5%. Los servicios de prevención también han perdido usuarios en un 5,8% durante este período. La situación de los servicios sociales que se prestan en los domicilios de las personas en situación de dependencia también se vio afectada. La prestación del servicio de ayuda a domicilio suponía un importante riesgo tanto para las trabajadoras familiares que realizan esta actividad en los domicilios como para las personas usuarias. Ante esta situación las visitas de estas trabajadoras se cancelaron en un primer momento, aunque después retomaron su actividad mediante la aprobación por parte del MINISTERIO DE DERECHOS SOCIALES Y AGENDA 2030

(2020) del *Documento técnico de Recomendaciones de Actuación desde los Servicios Sociales de Atención Domiciliaria ante la crisis de la Covid-19*. Es a partir de ahí cuando la prestación de este servicio se retomó y existió un notable empeño por parte de las administraciones públicas de que estos cuidados en el hogar se siguieran prestando. Los datos, de hecho, demuestran este esfuerzo y el porcentaje de personas usuarias ha crecido un 1,1% como media del período analizado. El servicio de teleasistencia también incrementó su número de personas usuarias en términos porcentuales creciendo un 1,74%. En cuanto a las prestaciones económicas destaca el crecimiento porcentual de usuarios durante esta etapa de pandemia. Su presencia ha crecido un 4,14% siendo este el recurso que más ha aumentado en la crisis sanitaria. Las incertidumbres en el funcionamiento de los servicios públicos creadas por sus cierres y suspensiones de actividad, al igual que el temor al contagio, han provocado que los cuidados regresen hacia los hogares. Los efectos de la pandemia sobre la refamiliarización de la atención son, por tanto, evidentes.

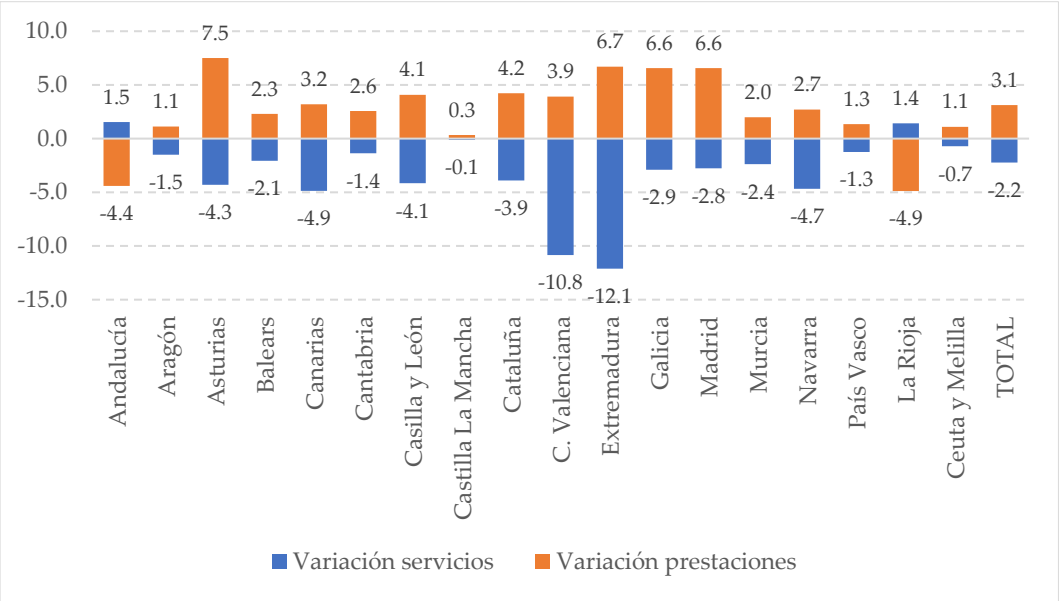
Tabla 1.10. Porcentaje personas usuarias de los servicios de prevención dependencia, atención residencial y centros de día/noche, media estatal

	Marzo 2020	Julio 2020	Enero 2021	Variación porcentual del período
Prevención dependencia y promoción de la atención personal	4,54	4,41	4,29	-5,83
Centros de día y noche	6,77	6,57	6,18	-9,55
Atención residencial	11,88	11,02	10,90	-8,99
Servicio de ayuda a domicilio	17,58	17,40	17,78	1,12
Teleasistencia	17,54	17,65	17,85	1,74
PE vinculada servicio	10,79	10,96	10,78	-0,09
PE cuidados familiares	30,35	31,43	31,66	4,14
PE asistencia personal	0,56	0,56	0,56	0,00

Fuente: Elaboración propia a partir IMSERSO, SAAD.

Las diferencias por comunidades autónomas son también interesantes. El Gráfico 1.10 representa la variación porcentual de servicios y prestaciones durante el período marzo 2020-enero 2021. Hay territorios en donde se han priorizado con bastante firmeza la otorgación de prestaciones económicas y en donde la reducción de servicios ha sido muy relevante. Tal es la situación de la Comunitat Valenciana, Extremadura y Asturias, por ejemplo. En otros casos la reducción son las prestaciones monetarias las que han descendido mientras las personas beneficiarias con servicios se han mantenido más o menos constantes: País Vasco y Andalucía. Aun así, ha sido bastante común el descenso de personas usuarias de servicios sociales y el despegue de beneficiarios de prestaciones económicas. Con mayor o menor intensidad ese ha sido el resultado general. Algunos territorios como Galicia, Extremadura y Asturias han primado la prestación económica vinculada al servicio. Otras regiones como es el caso de Madrid han priorizado especialmente la prestación económica vinculada a cuidados familiares.

Gráfico 1.10. Porcentaje de variación de personas beneficiarias de servicios sociales y de prestaciones económicas en el período marzo 2020-enero 2021



Fuente: Elaboración propia a partir IMSERSO, SAAD.

1.5. LAS TRABAJADORAS DEL CUIDADO: MUCHO TRABAJO Y POCO SALARIO

1.5.1. DATOS Y FUENTES SECUNDARIAS DE INFORMACIÓN

Los cambios demográficos (como el aumento de la esperanza de vida y las modificaciones en la organización de los hogares) y legislativos en materia de política social (sobre todo desde la implementación de la LAPAD) y atención a las personas han propiciado, especialmente en la última década, un incremento sustancial del trabajo remunerado de cuidado dirigido a personas dependientes. Como se observará a lo largo de este apartado, el ámbito de los cuidados de larga duración, en particular orientados a personas con dependencia, constituye un yacimiento de empleo relevante y en crecimiento vinculado a necesidades sociales reales.

A pesar de la importancia estratégica de este sector, su empleo se enmarca en un contexto de mercado altamente feminizado, flexibilizado y con elevadas tasas de temporalidad (TOBÍO *et al.*, 2010), con condiciones laborales marcadas por la rotación y los bajos salarios. La falta de claras barreras formativas de entrada al trabajo de cuidado, además, ha contribuido a la precarización y a las dificultades de su profesionalización. Estimar cuantitativamente el volumen del trabajo de cuidados resulta una tarea complicada. Sobre todo, cuando se hace referencia al trabajo de cuidados a domicilio. A la inexistencia de una definición concreta sobre las tareas consideradas como cuidados, se le une también la complicación de determinar los diferentes espacios desde los que se provee atención. Para definir estas esferas y las categorías ocupacionales que están en las mismas, hemos utilizado dos fuentes de datos: la EPA y los datos de afiliación a la Seguridad Social.

La EPA es una operación estadística realizada por el INE desde el año 1964. Se desarrolla de manera trimestral, por lo que, en cada año, esta encuesta se realiza en cuatro ocasiones. Para obtener los datos anuales, se ha calculado la media de las cifras obtenidas en los cuatro cuatrimestres. Esta opción permite minimizar las variaciones en los datos debido al componente estacional del empleo. Está dirigida a la población que reside en viviendas familiares del territorio nacional y su finalidad es averiguar las características de dicha población en relación con el mercado de trabajo. En particular, la finalidad principal de la EPA

es conocer la actividad económica en lo relativo a su componente humano. Está orientada a ofrecer datos de las principales categorías poblacionales en relación con el mercado de trabajo (ocupados, parados, activos, inactivos) y a obtener clasificaciones de estas categorías según diversas características. También posibilita confeccionar series temporales homogéneas de resultados. Por último, al ser las definiciones y los criterios utilizados coherentes con los establecidos por los organismos internacionales que se ocupan de temas laborales, permite la comparación con datos de otros países. La EPA permite obtener resultados detallados para el conjunto nacional. Para las comunidades autónomas y las provincias se ofrece información sobre las principales características con el grado de desagregación que permite el coeficiente de variación de los estimadores. La principal ventaja de esta fuente de información es que ofrece información detallada sobre características sociales y demográficas de los trabajadores al mismo tiempo que incluye tanto el empleo registrado como el empleo en situación irregular (aunque la EPA no debe considerarse como un instrumento para medir la economía sumergida).

Las cifras de trabajadores/as afiliados a la Seguridad Social complementan la información registrada por la EPA. En este caso, estamos ante una fuente administrativa, es decir, recoge datos de registros administrativos y, por lo tanto, incluye únicamente la situación de ocupados afiliados, los que conforman el empleo regular. La complementariedad en ambas fuentes es interesante porque nos permite estimar, de alguna manera, la capacidad que tienen los sectores de actividad relacionados con la dependencia en la generación de empleo y permite acercarnos a las tendencias del empleo irregular en este ámbito. La principal limitación de esta base de datos es que no incluye información sobre las ocupaciones detalladas de los trabajadores, sino que únicamente incorpora los datos por sector de actividad.

La estimación del trabajo de cuidados se ha realizado siguiendo dos dimensiones. Por una parte, teniendo en cuenta las actividades de los establecimientos en los que las trabajadoras están incluidos. En este sentido, la Clasificación Nacional de Actividades Económicas (CNAE) recoge tres categorías relacionadas con el trabajo de cuidados que son las siguientes: 1) la categoría 87 que incluye, la Asistencia en establecimientos residenciales, en sus subcategorías 871 (Asistencia en establecimientos residenciales con cuidados sanitarios), 872 (Asistencia en establecimientos residenciales para personas con discapacidad intelectual, enfermedad mental y drogodependencia) y 873 (Asistencia en establecimientos residenciales para personas mayores y con discapacidad)[19]; 2) la categoría 88 que incluye, las Actividades de servicios sociales sin alojamiento, en su subcategoría 881 (Actividades de servicios sociales sin alojamiento para personas mayores); 3) la categoría 97 que incluye, las Actividades hogares como empleadores servicio doméstico, en su subcategoría 970 que tiene la misma denominación. Por otra parte, se estudia el trabajo de cuidado teniendo en cuenta las ocupaciones que las trabajadoras desempeñan en cada una de estas actividades. Las ocupaciones directamente relacionadas con el trabajo de cuidados y que se recogen en la Clasificación Nacional de Ocupaciones son las siguientes: auxiliares de enfermería (categoría 561), trabajadores de cuidados de personas a domicilio excepto cuidadores de niños[20] (código

[19] Otros códigos que se incluyen dentro de otros servicios sociales, pero no se encuadran dentro del ámbito de la dependencia, son: el 8790 "Otras actividades de asistencia en establecimientos residenciales", 8891 "Actividades de cuidado diurno de niños" y el 8899 "Otras actividades de servicios sociales sin alojamiento n.c.o.p.".

[20] Las trabajadoras de los cuidados personales a domicilio prestan cuidados personales rutinarios y ayudan en actividades de la vida diaria a personas que requieren de este tipo de asistencia debido a la edad, enfermedad, lesiones u otro tipo de indisposición física o mental en casas particulares. Las trabajadoras de esta categoría no tienen ninguna supervisión adicional de médicos u otros profesionales de la salud.

571) y empleados domésticos[21] (código 910). El siguiente cuadro recoge esquemáticamente este desglose:

Cuadro 1.2. Actividades y ocupaciones relacionadas con el trabajo de cuidados en el ámbito de la dependencia

Actividad principal del establecimiento	Ocupaciones de cuidados
1. Asistencia establecimientos residenciales (código 87): - Asistencia establecimientos residenciales con cuidados sanitarios (código 871). - Asistencia establecimientos residenciales para personas con discapacidad intelectual, enfermedad mental y drogodependencia (código 872). 2. Asistencia establecimientos residenciales para personas mayores y con discapacidad (código 873). Actividades servicios sociales sin alojamiento (código 88): - Actividades servicios sociales sin alojamiento para personas mayores (código 881). 3. Actividades hogares como empleadores servicio doméstico (código 97 y código 970).	1. Auxiliares de enfermería (código 561). 2. Trabajadores de cuidados personas a domicilio (excepto cuidadores de niños) (código 571). 3. Empleados domésticos (código 910).

Fuente: Elaboración propia a partir del Código Nacional de Actividades y del Código Nacional de Ocupaciones.

La situación irregular de muchas trabajadoras del servicio doméstico impide tener datos rigurosos para el análisis puesto que, en el conjunto de actividades domésticas, no pueden desglosarse las que están destinadas específicamente a los cuidados personales. Por tanto, los datos que presentamos sobre trabajo de cuidados van a hacer referencia, en su mayoría, al servicio doméstico en términos generales. Consideramos como trabajo de cuidados aquel que está dirigido tanto a las tareas de atención personal como a las tareas domésticas derivadas de las necesidades de dicha asistencia. De esta forma, los datos que se presentan en las secciones siguientes solo pretenden ofrecer una panorámica (imperfecta) del empleo remunerado en este sector. En particular, se analizan los datos de afiliación a la Seguridad Social en las actividades que, generalmente, se han considerado vinculadas al sector.

Para profundizar en el análisis, se estudian también las EPA, que, por un lado, permiten un mayor nivel de especificidad en las actividades consideradas y, por otro, posibilitan aproximarnos a los atributos y las características fundamentales de las trabajadoras y de los puestos de trabajo del sector. En particular, se intentará distinguir entre el cuidado prestado en los centros residenciales y el cuidado realizado en los hogares, y este a su vez puede ser provisto mediante empresas y otras organizaciones o contratado a través del servicio doméstico. Esta diferenciación permite evidenciar la existencia de distintos segmentos del mercado laboral, que se caracterizan, entre otros factores, por los niveles de profesionalización y formación.

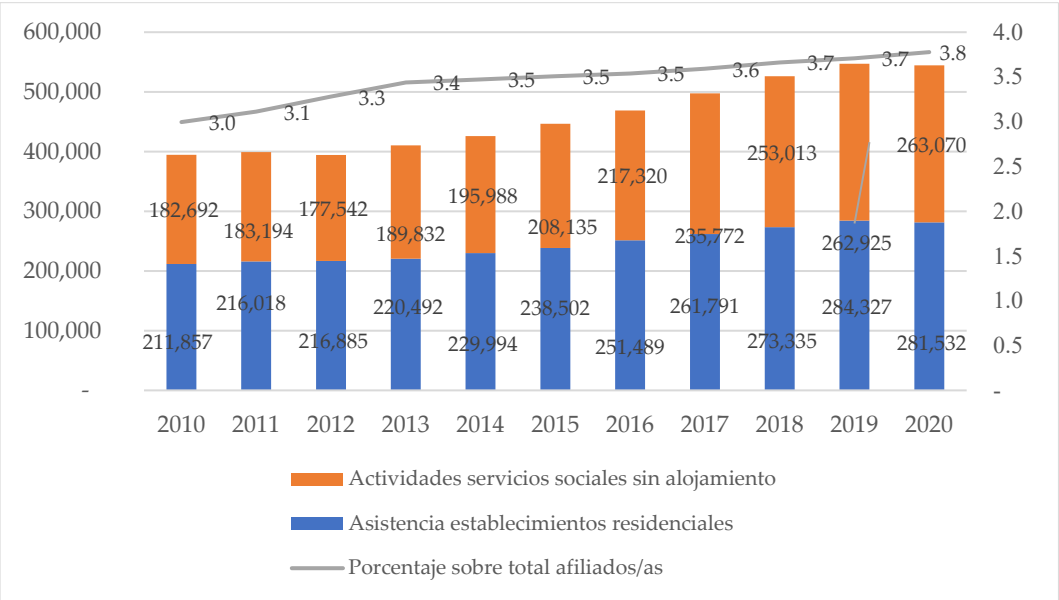
[21] Según la Domestic Workers Convention celebrada en 2011, esta agrupación hace referencia a "las actividades de los hogares como empleadores de personal doméstico tales como criadas, cocineros, camareros, ayudantes de cámara, mayordomos, lavanderos, jardineros, guardianes, chóferes, cuidadores, institutrices, canguros, tutores, secretarias, etc.".

1.5.2. UNA EXPLORACIÓN DEL TRABAJO DE CUIDADOS DESDE UNA PERSPECTIVA DE LAS ACTIVIDADES DE LOS ESTABLECIMIENTOS EN LOS QUE SE DESARROLLA

Como primera aproximación al análisis del empleo en este sector se exploran en este apartado la evolución de los datos de afiliación a la Seguridad Social. Esta fuente de datos no permite desagregar las actividades de las empresas según la ocupación de sus trabajadores y trabajadoras por lo que únicamente se incorporan las cifras relacionadas con establecimientos que prestan: 1) Asistencia en establecimientos residenciales (código 87) y 2) Actividades de servicios sociales sin alojamiento (código 88), ambas incluidas de la CNAE. El seguimiento de ambas actividades constituye el indicador principal de empleo en el sector de cuidados del SISAAD[22]. En ambas categorías están incluidas todas las ocupaciones relacionadas con los servicios de la *Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia* (LAPAD), junto a las propias de los servicios sociales. Al considerar grupos de actividades relativamente amplios, se ofrece una visión panorámica inicial de todas las ocupaciones que, directa o indirectamente, están relacionadas con la atención a las personas.

Las divisiones 87 y 88 de la CNAE constituyen el segmento para analizar las ocupaciones vinculadas al cuidado de mayores y a la atención a la dependencia y es a partir de ellas como habitualmente se ha estimado la generación de empleo formal vinculada al cuidado social y al SAAD[23].

Gráfico 1.11. Evolución personas afiliadas a la Seguridad Social en España. Divisiones CNAE 87 y 88 (Asistencia en establecimientos residenciales y Actividades servicios sociales sin alojamiento) y porcentaje sobre total de afiliados/as, 2010-2020



*Fuente: Elaboración propia a partir de datos de afiliación a la Seguridad Social. Nota: *datos anuales estimados a partir de la afiliación mensual a último día de mes de diciembre de cada año.*

[22] A partir del segundo trimestre de 2020, esta información sobre empleo ha sido sustituida por un análisis más detallado en el *Informe trimestral de empleo en Servicios Sociales* de IMSERSO (2020b).

[23] Cabe observar, además, que, dentro del sector servicios sociales, se encuadran también los "cuidadores no profesionales", cuyo convenio especial con la Tesorería General de la Seguridad Social está regulado por el Real Decreto 615/2007. Estos cuidadores no profesionales son aquellos familiares que reciben la "Prestación Económica para cuidados en el entorno familiar de la LAPAD". A partir del Real Decreto Ley 20/2012, sin embargo, las cuotas dejaron de abonarse por la AGE, recuperándose la financiación por parte de la AGE con la entrada en vigor del *Real Decreto Ley 6/2019, de 1 de marzo, de medidas urgentes para garantía de la igualdad de trato y de oportunidades entre mujeres y hombres en el empleo y la ocupación*. A raíz de estas modificaciones, el número de afiliados y afiliadas como cuidadores no profesionales ha disminuido de forma considerable y es, hoy en día, residual.

El Gráfico 1.11 muestra la evolución de la afiliación a la Seguridad Social en las divisiones 87 y 88 durante la última década. En este período, el número de personas afiliadas en estas divisiones se ha incrementado notablemente pasando de un número de afiliados de 394.549 en 2009 a 544.602 personas afiliadas en 2020. En términos de crecimiento, las dos divisiones presentan el mismo patrón. Además, con respecto al peso relativo de estas divisiones en términos de empleo, es decir, del número de personas afiliadas a la Seguridad Social en estas divisiones con respecto al total de personas afiliadas a la Seguridad Social, se observa un incremento de 0,8 puntos porcentuales, hasta alcanzar el 3,8% de todas las afiliaciones en el año 2020. Estos datos confirman que el sector constituye un yacimiento de empleo con una clara tendencia al crecimiento, aunque en el año 2020, ya se observa que existe un crecimiento menor que en años anteriores debido a la crisis de la covid. El crecimiento interanual en el 2020 ha sido negativo para la actividad de asistencia en establecimientos residenciales con un descenso de un 1,0% de afiliados. Las actividades de servicios sociales sin alojamiento prácticamente mantienen el número de trabajadores y trabajadoras afiliados, pero también rompen el ciclo alcista ya que el crecimiento anual en el período 2018-2019 fue del 3,9%.

Las divisiones 87 y 88 de la CNAE, que se han utilizado habitualmente para el estudio del empleo en el sector, engloban actividades que no siempre están perfectamente ajustadas al ámbito de la dependencia. Asimismo, los datos de afiliación a la Seguridad Social no contemplan todo el empleo en el sector, como, por ejemplo, el empleo irregular. Con el fin de paliar estas limitaciones, se estiman a continuación los niveles de ocupación a partir de las EPA. La EPA, al ser una encuesta, no descarta a las personas que trabajan en una situación irregular.[24] De acuerdo con las estimaciones realizadas a partir de las EPA del año 2019, el porcentaje estimado de personas ocupadas en la actividad 879 con respecto al total de la división 87 se ajustaba al 9,0%. Sin embargo, las personas ocupadas en la actividad 889 sumaban el 46,6% del total de las personas ocupadas en la división 88. Estos datos indican que la información sobre empleo en el sector que utiliza solo las divisiones 87 y 88 de la CNAE adolece de un ajuste laxo con el ámbito de la dependencia. Estas consideraciones han encontrado muy recientemente una respuesta en el nuevo *Informe trimestral de empleo en Servicios Sociales* del IMSERSO (2020b). A partir del segundo trimestre del año 2020, el informe excluye las actividades con códigos 879 y 889 en la presentación de datos sobre empleo vinculado a la dependencia.

La siguiente Tabla 1.11 presenta el crecimiento, durante los últimos cinco años, del número estimado de personas ocupadas en las actividades relacionadas con el ámbito de la dependencia. Como se puede observar, hay diferencias con respecto al análisis de la afiliación en las divisiones 87 y 88 de la CNAE. En primer lugar, el número estimado de personas ocupadas resulta superior al de afiliaciones a la Seguridad Social. Esta circunstancia está explicada por las conocidas diferencias metodológicas entre las dos fuentes. Segundo, la tendencia de crecimiento del número de personas ocupadas que representa la EPA es muy parecida a la del número de personas afiliadas. El número de afiliados y afiliadas a la Seguridad Social aumentó un 22,5% entre 2015 y 2019; de forma similar, el número estimado de ocupados en este sector según la EPA creció un 25,1%. Tercero, los datos de la EPA revelan tendencias distintas con respecto a las actividades de asistencia residenciales versus los servicios sociales sin alojamiento. De acuerdo con los datos de afiliación, las personas ocupadas en los servicios de asistencia residencial aumentaron del 19,2% en el período 2015-2019, mientras que en los servicios sociales sin alojamiento el aumento fue del 26,3%. Las

[24] La EPA no descarta al trabajo irregular, pero tampoco lo incluye en su totalidad. Por lo tanto, es importante tener en cuenta que parte del trabajo irregular queda excluido del análisis que se presenta en esta sección.

estimaciones obtenidas a partir de los datos de la EPA evidencian un crecimiento superior de los servicios sin alojamiento: el aumento del empleo en la asistencia residencial creció un 19,6% frente al 39,9% de los servicios sociales sin alojamiento. Y esta tendencia se acentúa además con el impacto de la covid: mientras el empleo en los establecimientos residenciales ha descendido un 1%, el incremento de personas ocupadas en servicios sociales sin alojamiento ha aumentado un 7,4%.

Tabla 1.11. Personas ocupadas en las actividades relacionadas con la provisión de cuidados a la dependencia, 2015-2019

	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Asistencia en establecimientos residenciales	246.624	258.058	271.884	277.410	295.038	292.302
Actividades de servicios sociales sin alojamiento	91.201	97.055	98.081	106.354	127.565	137.023
Total	337.825	355.113	369.965	383.764	422.603	429.325

Fuente: Elaboración propia a partir de EPA, media anual.

Los datos de la EPA también permiten analizar la contribución relativa del sector público y del sector privado (Tabla 1.12). El sector privado ha sido siempre el mayor empleador del sector de cuidados. Además, se observa una disminución del porcentaje estimado de asalariados del sector público en las actividades consideradas, que ha bajado del 16,6% al 15,3% durante el período 2015-2019. En el año 2020, la situación ha sido similar: tendencia a la baja del sector público y mantenimiento constante de las personas ocupadas en el sector privado.

Tabla 1.12. Porcentaje de personas ocupadas en actividades relacionadas con la provisión de cuidados a la dependencia según su situación profesional, 2015-2019

	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Empresario con asalariados	1,0	0,7	0,4	0,4	0,9	0,9
Trabajador independiente o empresario sin asalariados	0,3	0,7	0,4	0,4	0,6	0,9
Asalariado sector público	16,6	15,6	15,0	15,4	15,3	15,1
Asalariado sector privado	81,8	82,8	84,1	83,7	83,1	83,0
Otros	0,2	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

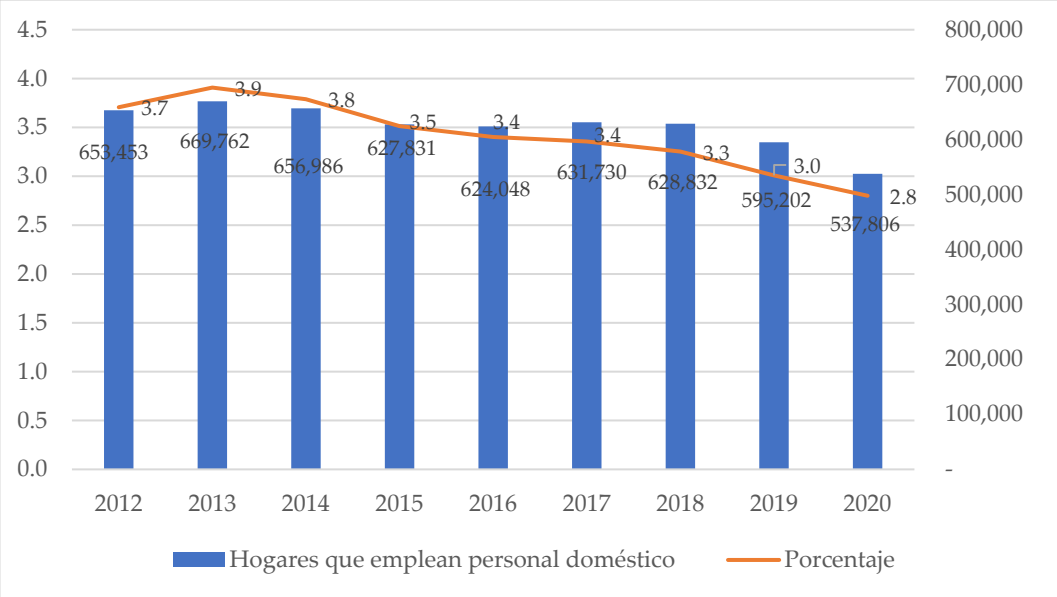
Fuente: Elaboración propia a partir de EPA, media anual.

En conclusión, tanto los datos de afiliación a la Seguridad Social como las estimaciones del número de personas ocupadas en el sector mediante la EPA ponen en evidencia la importancia estratégica de este sector para la generación de empleo. La mayor parte de los puestos de trabajo están vinculados a la asistencia en servicios residenciales, aunque esta actividad está perdiendo peso a favor de los servicios sociales sin alojamiento para las personas mayores y con discapacidad. De hecho, es esta última actividad la que concentra gran parte del crecimiento del volumen de empleo en los últimos cinco años y en la que más ha crecido el empleo durante la etapa de crisis sanitaria. Finalmente, el sector privado juega un papel fundamental en cuanto es el principal empleador, mientras que el empleo en las administraciones públicas está perdiendo peso.

Las Actividades de los hogares como empleadores de personal doméstico, es otra de las divisiones de la CNAE que debe tenerse en cuenta en el análisis del trabajo de cuidados de

personas mayores y dependientes. Tal y como se ha mencionado anteriormente, el servicio doméstico se ha convertido en la principal vía de privatización y mercantilización de los cuidados en los domicilios. Los datos de la EPA permiten aproximarnos a este ámbito. El gráfico que se presenta a continuación (Gráfico 1.12) ofrece la evolución del número de trabajadores en la actividad 970 de la CNAE: Hogares que emplean personal doméstico. Según esta encuesta el número de trabajadoras en este ámbito también está estancado y en ligero descenso en los últimos cuatro años. La estimación de trabajadoras es de 595.202 personas en el año 2019, pero el impacto de la covid se ha dejado notar especialmente en esta actividad. En el año 2020 el número de trabajadoras es de 537.806, es decir, que ha descendido un 9,6%.

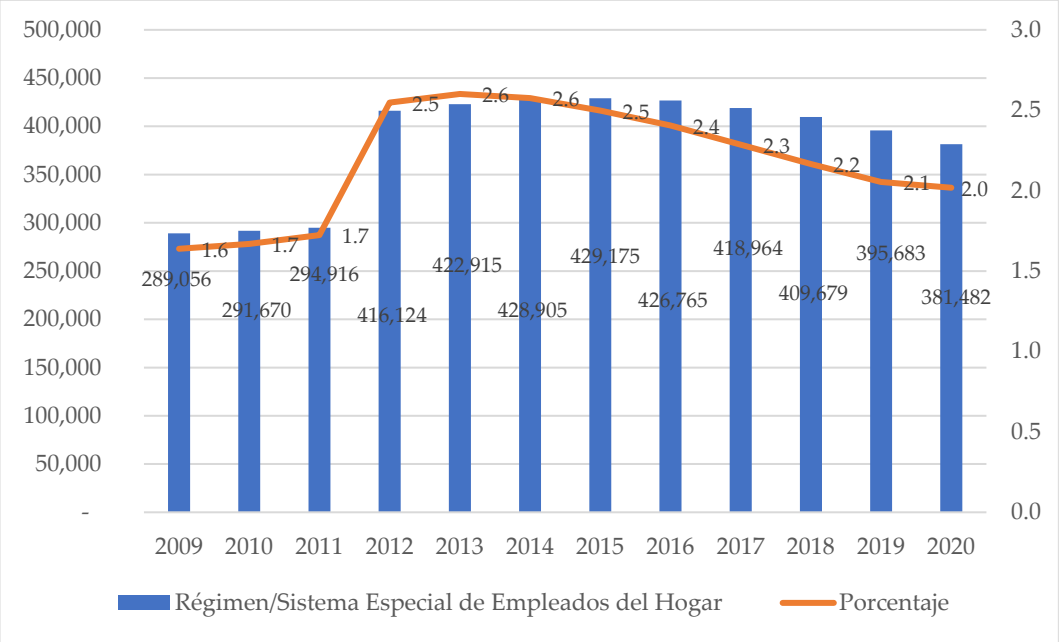
Gráfico 1.12. Evolución hogares que emplean personal doméstico, 2012-2020



Fuente: Elaboración propia a partir de EPA a tres dígitos, medias anuales.

El Gráfico 1.13 presenta la evolución del número de personas afiliadas en el Sistema Especial de Empleadas de Hogar de la Seguridad Social (Seguridad Social, 2020).

Gráfico 1.13. Evolución personas afiliadas a la Seguridad Social en Actividades de los hogares como empleadores de personal doméstico y porcentaje sobre el total de afiliados/as, 2009-2020



*Fuente: Elaboración propia a partir de datos de afiliación a la Seguridad Social, 2020. Nota: *datos anuales estimados a partir de la afiliación mensual a último día de diciembre de cada año.*

El número de personas afiliadas a la Seguridad Social en el Régimen Especial de Trabajadoras de Hogar ha crecido de forma sustancial en los últimos diez años. En el año 2020 se contabilizan 381.482 trabajadoras (utilizamos el femenino por la aplastante presencia de mujeres), lo que supone un incremento de un 32,0% en el período considerado. El peso relativo en términos de porcentaje con respecto al total de afiliadas representa en la actualidad al 2,0% de los trabajadores afiliados. Aunque no todo el trabajo contratado por los hogares tenga relación directa con el cuidado, la comparación con las actividades residenciales y de servicios sociales pone en evidencia la importancia de este sector y el aumento de su demanda en los últimos años. Frente a las 544.602 afiliaciones en el año 2020 en las divisiones 87 y 88, el empleo doméstico suma 381.482 trabajadoras en el ámbito de los cuidados y/o atención personal. La falta de datos que permitan analizar de forma apropiada la relación entre servicio doméstico y cuidado es por lo tanto una limitación importante para contabilizar cuántas de estas trabajadoras son cuidadoras. A ello habría que sumar las dificultades de estimar la incidencia de este sector debido a su fuerte presencia en la economía sumergida. La irregularidad en los contratos es una constante en este empleo. De hecho, puede observarse como existe un incremento fuerte de trabajadoras en el sector desde el año 2012. Ello es debido al cambio de legislación que ha tenido lugar en ese año con la entrada en vigor del Real Decreto 1620/2011 y la Ley 27/2011[25]. El primero de ellos modificó las condiciones laborales del sector establecidas hasta ese momento y el segundo redefinió los elementos relacionados con la protección de la Seguridad Social, incluyendo a las empleadas de este sector dentro de un sistema especial del régimen general (acabando de esta manera con la existencia de un régimen especial independiente). La obligatoriedad de dar de alta a las trabajadoras domésticas ha aflorado una mayor cantidad de personas trabajando en este sector. Es relevante, por tanto, que en los cuatro últimos años esté menguando el número de afiliaciones. En concreto, ha

[25] Esta última modificada en algunos elementos puntuales (en los tramos de cotización y en la afiliación de las empleadas por horas) por el Real Decreto Ley 29/2012.

descendido un 10,6%. Eso significaría que alrededor de un 30% de las empleadas en esta actividad estarían trabajando en la economía sumergida (dato resultado de restar las personas ocupadas estimadas por la EPA de las estimadas por las altas laborales de la Seguridad Social), cifra que coincide con la señalada por otras fuentes de información (LOS MOLINOS, 2017).

1.5.3. LAS OCUPACIONES QUE ENGLOBAN EL TRABAJO DE CUIDADOS Y LOS ESPACIOS EN LOS QUE SE DESEMPEÑA LA PROVISIÓN

Los datos de los anteriores epígrafes recogen de manera global las personas que trabajan en establecimientos que proveen cuidados a personas mayores y dependientes. Sin embargo, esas cifras incluyen tanto personal sanitario, médico como cuidadoras directas de atención personal. Para esta investigación, es interesante detenernos en esta última categoría. Las trabajadoras que están dedicadas al cuidado social, es decir, aquel que se presta de manera directa a las personas que no pueden desempeñar por sí mismas las actividades de la vida diaria. Para tal fin, la Tabla 1.13 recogía un resumen de las ocupaciones bajo las que se desempeña esta tarea. El Código Nacional de Ocupaciones (del año 2011) incluye en concreto tres ocupaciones para esta finalidad: auxiliares de enfermería, cuidadoras a domicilio y trabajadoras domésticas. A continuación, se representan los datos de cada una de estas categorías según el establecimiento en el que se desempeña su actividad. Los datos son de la EPA pues las altas laborales a la Seguridad Social no incorporan las ocupaciones de las trabajadoras.

Las cifras demuestran que existen 684.949 trabajadoras en el año 2020 que se dedican a la provisión de cuidado social. Esto supone el 3,7% del total de personas ocupadas en el país. El principal espacio de provisión son los hogares privados. El 66,3% de estas trabajadoras son empleadas de hogar contratadas o bien como cuidadoras a domicilio (el 17,7%) o bien como trabajadoras domésticas (el 82,3%). Las cuidadoras en centros residenciales suponen el 19,9% de las cuidadoras (la mayor parte de ellas contratadas como auxiliares de enfermería) y el 13,9% se trata de cuidadoras en servicios sociales sin alojamiento (especialmente el servicio de ayuda a domicilio y otros servicios sociales similares).

Tabla 1.13. Distribución de las trabajadoras de cuidados según actividad del establecimiento de trabajo y ocupación desempeñada, 2020

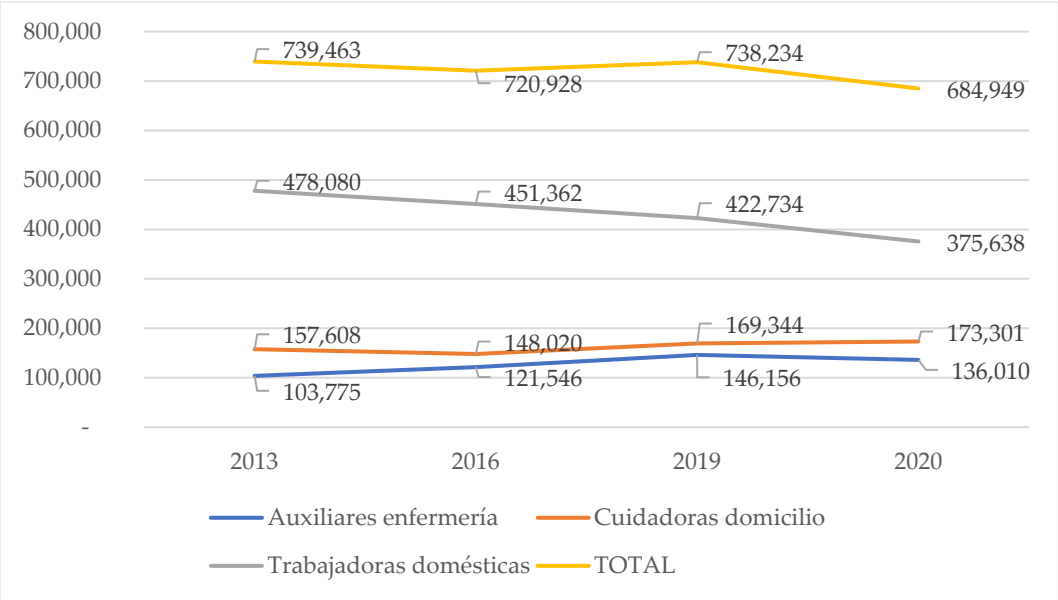
	Auxiliares enfermería	Cuidadoras domicilio	Trabajadoras domésticas	Total	Porcentajes horizontales
Residencias	133.392	2.223	373	135.988	19,9
Servicios sociales sin alojamiento	2.618	90.637	1.623	94.878	13,9
Hogares	-	80.441	373.642	454.083	66,3
Total	136.010	173.301	375.638	684.949	
Porcentaje mujeres	91,9	92,3	98,3	95,5	
Porcentaje migrantes	25,6	49,2	62,2	51,6	

Fuente: Elaboración propia a partir de EPA, 2019 (media anual de los cuatro trimestres).

Destaca de entre los datos ofrecidos la fuerte feminización del sector. En todas las ocupaciones el porcentaje de mujeres supera el 90% y es especialmente relevante en el servicio doméstico, donde las trabajadoras femeninas suponen el 98,3%. La segmentación según origen étnico es también importante. Son personas migrantes el 25,6% de las auxiliares de enfermería, el 49,2% de las cuidadoras a domicilio y el 62,2% de las empleadas de hogar. La evolución temporal de

estas cifras nos muestra que existe un aumento de trabajadoras en las ocupaciones de cuidados relacionadas con los cuidados a domicilio y las auxiliares de enfermería mientras que se constata un descenso en la contratación de empleadas domésticas en los hogares. El número total de cuidadoras ha descendido en el año 2020 con respecto al año anterior cuando se ocupan en este ámbito 738 mil trabajadoras. En términos porcentuales, en el último año ha descendió un 7,2%. La variación más significativa se ha producido entre las empleadas de hogar con una variación interanual de -10,9 puntos porcentuales. Las personas ocupadas como auxiliares de enfermería han descendido un 6,9%

Gráfico 1.14. Distribución de las trabajadoras de cuidados según ocupación desempeñada, 2013-2020



Fuente: Elaboración propia a partir de INE, EPA (media anual de los cuatro trimestres).

La EPA también nos muestra algunos resultados sobre las características de las condiciones de trabajo en el ámbito de la dependencia. La temporalidad y el tipo de contrato temporal que se ha adscrito a este sector son dos de sus dimensiones más relevantes. En términos generales podemos afirmar que el porcentaje de contratos temporales es más elevado entre aquellas ocupaciones más vinculadas al ámbito del hogar, es decir, las que mantienen niveles inferiores de profesionalización. El porcentaje de contratos temporales es del 37% en las auxiliares de enfermería, el 32% entre las cuidadoras a domicilio y el 25% entre las trabajadoras domésticas. Este último dato habría que interpretarlo con cautela puesto que en los trabajos de empleo del hogar se vinculan a un régimen especial y es posible que la cifra se encuentre mal interpretada por las personas encuestadas. En todo caso, cabe destacar que la tasa de temporalidad de los trabajadores en España alcanza una media de un 24,1% por lo que la cifra del sector de cuidados es bastante más elevada. Y, además, cuando se indaga en las razones de por qué tienen este tipo de contrato temporal las respuestas inducen a pensar en condiciones de precariedad diferenciadas según la ocupación y el sector de actividad. El 48,7% de las auxiliares de enfermería, ocupación vinculada al trabajo en residencias geriátricas, afirma que su contrato cubre la ausencia de otro trabajador, esta cifra, sin embargo, desciende al 10,7% en las cuidadoras a domicilio en el caso de los servicios sociales sin alojamiento y al 2,0 en el trabajo doméstico. La alta rotación, por tanto, es una de las características fundamentales que cabría señalar entre las auxiliares de enfermería. Las cuidadoras a domicilio, sin embargo, la precariedad está asociada a su contratación por obra o servicio, en donde se encuentran el 40,3% de las trabajadoras a tiempo parcial. Es decir, su carácter temporal se vincula a la

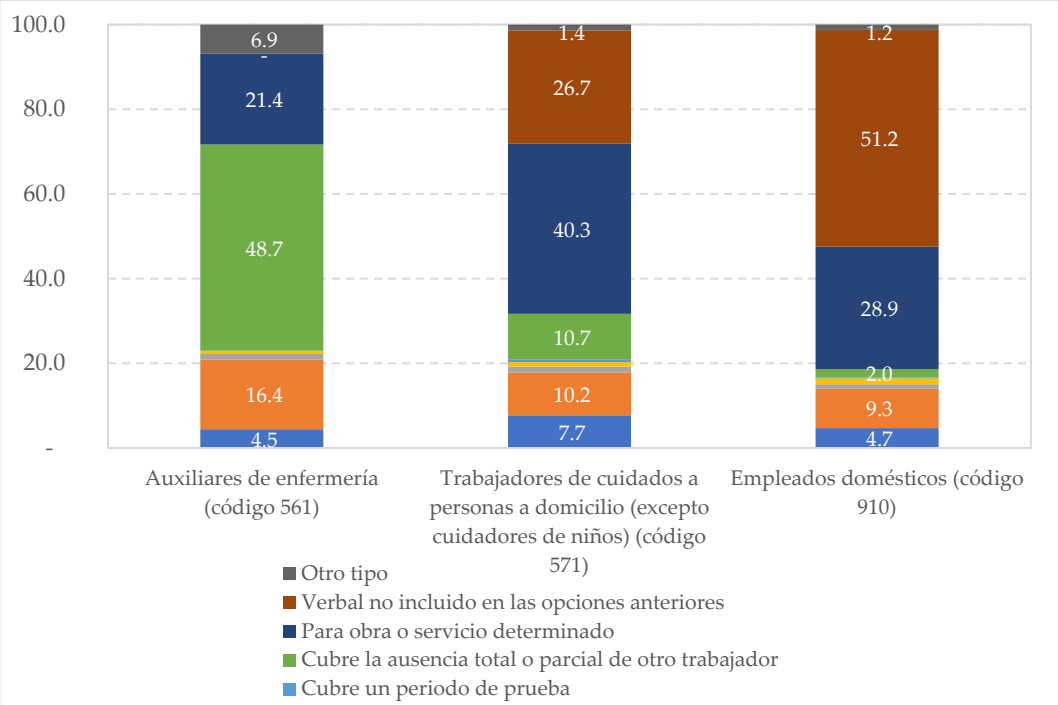
capacidad de la empresa que las contrata para mantener el servicio que le ha sido adjudicado. En el caso de las empleadas de hogar, su temporalidad está relacionada con que tienen contratos verbales con sus empleadores. El 51,2% de estas trabajadoras se encuentra en esta situación.

Tabla 1.14. Tipo de relación contractual, 2020 (%)

	Auxiliares de enfermería (código 561)	Cuidadoras a domicilio (código 571)	Empleados domésticos (código 910)	Total
Indefinido	63,1	67,5	74,8	69,9
Temporal	36,9	32,5	25,2	30,1
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: Elaboración propia a partir de INE, EPA (media anual de los cuatro trimestres).

Gráfico 1.15. Tipo de contrato temporal, 2020 (%)



Fuente: Elaboración propia a partir de INE, EPA (media anual de los cuatro trimestres).

1.6. LA ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA EN LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS

1.6.1. ANDALUCÍA

Andalucía aglutina al 20,13% de las personas beneficiarias del SAAD, lo que representa una cifra superior a su peso poblacional, que es del 18%. Atiende, entonces, a 212.243 personas que perciben un total de 279.274 prestaciones (172.212 corresponden a mujeres y 81.850 a hombres), con una media de 1,31 prestaciones por persona beneficiaria[26].

[26] Estos datos introductorios han sido tomados del *Informe Ejecutivo 2018* de la Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía (2018).

Respecto a la edad de las personas beneficiarias, el grupo más numeroso es el de personas de edad superior a 65 años, con 147.204 personas (69,36%), de las cuales dos terceras partes tienen más de 80 años (106.426). La dependencia presenta un perfil envejecido: 7 de cada 10 personas en situación de dependencia tienen 65 o más años. También, un perfil femenino, sobre todo en la edad superior a los 65 años donde el 77% son mujeres.

Del total de personas beneficiarias, el 32% tiene gran dependencia, 50% dependencia severa y 18% dependencia moderada. El 57% de las personas beneficiarias reside en municipios con menos de 50.000 habitantes.

1.6.1.1. LAS ETAPAS EN LA IMPLEMENTACIÓN DEL SAAD EN ANDALUCÍA

Las entidades locales, mediante los Servicios Sociales Comunitarios, tienen un papel central en el diseño del sistema de gestión de la dependencia en Andalucía. La regulación de aplicación de la LAPAD en Andalucía se produjo mediante el Decreto 168/2007 de 12 de junio, que establece el procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho a las prestaciones del SAAD, así como los órganos competentes para su valoración. Los servicios municipales colaboran con el procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia y son responsables de la elaboración y seguimiento del Programa Individual de Atención (PIA), mediante el cual se establece con la persona en situación de dependencia la modalidad de intervención y los recursos concretos a los que tendrá acceso.

El órgano de valoración de la dependencia es la Agencia de Servicios Sociales y Dependencia, adscrita a la Consejería de Igualdad, Políticas Sociales y Conciliación de la Junta de Andalucía que asume la filosofía y objetivos de la LAPAD y, por tanto, tiene como objetivo favorecer el bienestar social de la ciudadanía promoviendo la autonomía personal y garantizando la atención y protección de las personas en situación de dependencia. Además, atiende la protección de las personas en riesgo y/o en situación de exclusión social o con problemas de adicciones a través de recursos y programas específicos. En Andalucía se ha hecho un esfuerzo para que el sistema de atención a la dependencia se articule con los servicios sociales de atención a otras problemáticas sociales.

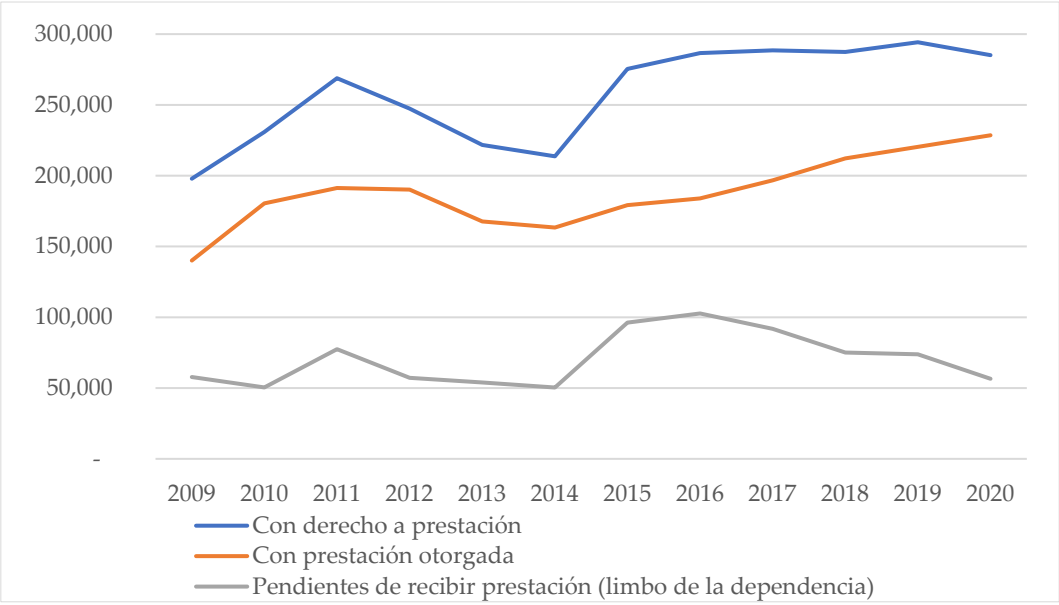
Según el último *Informe Ejecutivo* (2018) de la Agencia de Servicios Sociales y Dependencia, Andalucía es una de las comunidades autónomas que más ha integrado la atención de la dependencia en sus sistemas de servicios sociales comunitarios (junto con Castilla y León o Cataluña). Es decir, ha apostado por aplicar la ley desde el ámbito territorial más cercano a las personas: los Servicios Sociales Comunitarios de las corporaciones locales.

Otra característica es que en Andalucía se asentaron las bases para una colaboración entre los ámbitos social y sanitario para la valoración de la dependencia. En 2007, a través de un acuerdo entre la Consejería de Salud y la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social, las personas que solicitan la valoración de su situación de dependencia no tienen que aportar el informe de salud requerido, sino que este es tramitado entre ambas Consejerías, con lo que se evita molestias a la ciudadanía. La Ley de Servicios Sociales de Andalucía establece que, en función de lo establecido en el artículo 21 de la *Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia*, con el fin de prevenir las situaciones de dependencia y evitar sus secuelas, por la Administración de la Junta de Andalucía se desarrollarán, mediante la adecuada coordinación entre los servicios públicos de salud y los servicios públicos de servicios sociales, actuaciones de promoción de condiciones de vida saludables, programas específicos de carácter preventivo y de rehabilitación dirigidos, entre otros, a personas mayores y personas con discapacidad y a quienes se vean afectadas por procesos de hospitalización complejos.

En el Gráfico 1.16 podemos observar cómo ha evolucionado el número de personas beneficiarias del SAAD. En este sentido, en la primera etapa de implantación se observa un crecimiento, pero a partir del año 2011 y como consecuencia de las restricciones generadas por la crisis económica, se produce una drástica reducción del número de resoluciones que generan derecho a prestaciones. Y se produce también una reducción en el número de personas que tienen prestaciones otorgadas.

La recuperación recién comienza en el año 2015 y se evidencia un cambio sustantivo ya que crece de forma decidida el número de personas con prestación otorgada y, como efecto positivo, se reduce parcialmente la lista de espera. Pero una de cada cinco personas continúa, en el año 2020, en la lista de espera (56.534 personas). Otra restricción se observa en el reconocimiento de nuevos derechos a las personas que solicitan la dependencia, ya que la curva con derecho a prestación aminora su ritmo de crecimiento e, inclusive, se reduce en el último año analizado.

Gráfico 1.16. Evolución personas beneficiarias y pendientes de prestación del SAAD en Andalucía, 2009-2020



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del SAAD-IMSERSO. Datos a fecha de 31 de diciembre.

Como conclusión del análisis de datos, y en concordancia con el *XX Dictamen del Observatorio* de la Ley 39/2006 de Directoras y Gerentes de Servicios Sociales (2020) y los datos del IMSERSO para el año 2019, podemos observar que Andalucía tiene un crecimiento lento en la atención a las personas en situación de dependencia, de apenas el 3,83%, que contrasta con la media nacional que se sitúa en el 6,38%.

1.6.1.2. TIPO DE PRESTACIONES. LA CARTERA DE SERVICIOS DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA

Las 310.424 prestaciones otorgadas en Andalucía en el año 2020 representan el 21,8% del total de prestaciones respecto del total español (1.427.207 prestaciones).

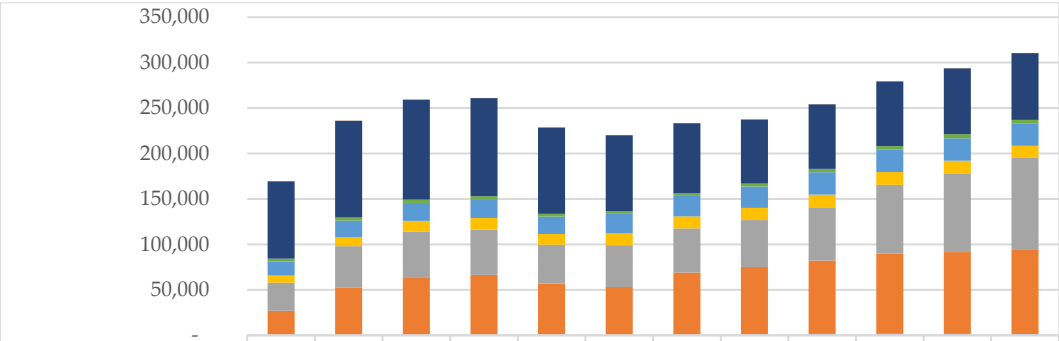
A continuación, realizamos un análisis para el año 2020 que toma como referencia la desviación de cada tipo de prestación respecto del mencionado 21,8%:

- El SAD ocupa el primer lugar entre las prestaciones otorgadas en Andalucía: 101.049 prestaciones. Este número representa el 32,6% del total de prestaciones otorgadas en

Andalucía; y el 39,9% del total del territorio español. De este modo, podemos decir que el SAD es una política relevante en Andalucía.

- La teleasistencia domiciliaria abarca un total de 93.458 personas, el 30,1% del total de prestaciones de Andalucía y más de un 36,7% del total español. Decimos, entonces, que es la segunda prestación en importancia.
- El servicio de atención residencial ha sido recibido por un total de 24.172 personas, un 7,8% del total de prestaciones de Andalucía, y un 15,5% en el total estatal de recursos residenciales.
- El servicio de centros de día/noche reconoce prestaciones para un total de 12.696 personas lo que representa un 4,1% en el total de prestaciones de Andalucía, y un 14,4% en el total de prestaciones de centros de día/noche de España.
- En el caso de las prestaciones económicas en ámbito familiar alcanzan 73.357, representando un 23,6% de las prestaciones de Andalucía y un 16,3% en el total de prestaciones económicas en ámbito familiar de España. Esto ubica a esta prestación en una posición intermedia en cuanto a su importancia.
- En definitiva, según los datos analizados, en Andalucía las prestaciones centrales son el SAD y la teleasistencia, en segundo lugar, la prestación económica en ámbito familiar y, finalmente, las residencias y centros de día. El resto de las prestaciones ocupa un lugar marginal.

Gráfico 1.17. Evolución de las prestaciones del SAAD en Andalucía, 2008-2020



	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
PE Asistente Pers.	32	33	14	15	14	10	10	9	9	10	13	13
PECE Familiar	85,021	106,43	109,94	107,82	94,948	83,661	76,821	70,445	70,914	71,038	72,268	73,357
PEV Servicio	3,201	3,324	3,703	3,307	2,919	2,781	3,093	3,191	3,726	3,930	4,521	4,309
Residencias	15,391	18,400	19,680	20,774	19,214	21,507	22,611	23,593	24,607	24,718	24,812	24,172
Centros Día/Noche	7,809	9,772	11,758	12,664	11,788	13,006	13,203	13,321	14,000	14,015	13,802	12,696
SAD	30,990	45,679	50,121	49,839	42,694	46,023	48,478	51,579	58,657	75,732	86,600	101,04
Teleasistencia	26,919	52,357	64,006	66,528	56,980	53,153	69,105	74,373	80,574	87,995	89,967	93,458
Prevención	5	2	-	-	-	-	-	864	1,602	1,836	1,678	1,370

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del SAAD-IMSERSO. Datos a fecha de 31 de diciembre.

Si hacemos una lectura longitudinal del Gráfico 1.17, observamos que las prestaciones económicas para cuidado en el entorno familiar han ido perdiendo peso, y lo ha ganado el SAD.

Por último, nos referiremos a la gestión y la titularidad pública-privada de las residencias. Siguiendo el informe de *Residencias de Mayores en Andalucía, COVID-19* (2021) se observa un incremento paulatino de la propiedad y la gestión privada de las residencias en Andalucía.

Así, en el período de 2006 a 2019, el número de plazas privadas se ha visto incrementado del 70,80% al 77,69%, es decir, 6,11 puntos, sobre su participación anterior. Todo lo contrario ha ocurrido con las plazas públicas, que han pasado del 29,20 al 22,31%, lo que ha supuesto un descenso de 6,89 puntos, o lo que es lo mismo: una pérdida del 30,88 % de las plazas. Este mismo informe denuncia que en la comunidad autónoma de Andalucía, el número de plazas con financiación pública para residencias en 2020 ha sido 18.624, de las cuales 14.390 (77,27%) han tenido como destino centros privados y 4.234 (22,73%) centros de titularidad pública.

1.6.1.3. EL IMPACTO DE LA COVID EN EL SAAD

El Decreto Ley 28/2020, de 4 de noviembre, por el que se establece con carácter extraordinario y urgente, diversas medidas en materia de servicios sociales, en el contexto de crisis sanitaria, ocasionó cierres cautelares y temporales de centros de día, centros ocupacionales y la imposibilidad de acceder a centros residenciales ante brotes de la covid declarados. A aquellos con plazas concertadas por la Administración, se les garantizó el abono del 80% del precio plaza durante el periodo de suspensión. Y se habilitaron partidas presupuestarias en la diputación para gestionar la emergencia social desde los Servicios Sociales que se realiza, sobre todo, mediante teletrabajo, ya que se suspenden las visitas a domicilio.

La Junta de Andalucía, por su parte, expandió el servicio de ayuda a domicilio prestado por las corporaciones locales, sin perjuicio de que se produjera la suspensión del servicio en determinados supuestos.

Con relación al servicio de teleasistencia, se suspenden las actuaciones de instalación de dispositivos en los domicilios de las personas usuarias, conservándose las de mantenimientos críticos que supongan la imposibilidad o dificultad de conexión del dispositivo domiciliario con los centros de atención. Para garantizar la continuidad del Servicio Andaluz de Teleasistencia, considerado un servicio crítico, se autoriza la implementación de medidas extraordinarias de personal y contratación.

En definitiva, se restringen todos los servicios de atención directa, salvo el del SAD y se pasa a un seguimiento de las necesidades mediante el teletrabajo de los servicios sociales.

1.6.2. COMUNITAT VALENCIANA

En la Comunitat Valenciana existe, desde que se implantó el sistema de servicios sociales en la década de 1980, una estructura básica de atención centrada en lo local. Sobre esta estructura pivotan los recursos de atención a todos los colectivos vulnerables.

1.6.2.1. LAS ETAPAS EN LA IMPLEMENTACIÓN DEL SAAD EN LA COMUNITAT VALENCIANA

En la Comunitat Valenciana, podemos distinguir claramente diversas etapas. Entre los años 2007 y 2015, en el ámbito municipal, la repercusión de la LAPAD produjo, en esta primera etapa, un efecto perverso, porque justificó la desfinanciación del Plan Concertado de Prestaciones Básicas de Corporaciones Locales mediante el cual los servicios sociales municipales gestionaban hasta ese momento el servicio de ayuda a domicilio, la teleasistencia y otras ayudas de apoyo a la dependencia, entre otras prestaciones a personas con vulnerabilidades (JABBAZ, 2014).

También, porque el partido gobernante en aquel momento, el Partido Popular (PP), acogió a la LAPAD con cierta incredulidad, sobre todo, en lo relativo a la provisión de fondos estatales para la dependencia. En esta primera etapa se produce un cambio de encuadramiento institucional de las personas acreditadas como grandes dependientes (grado III) que ya

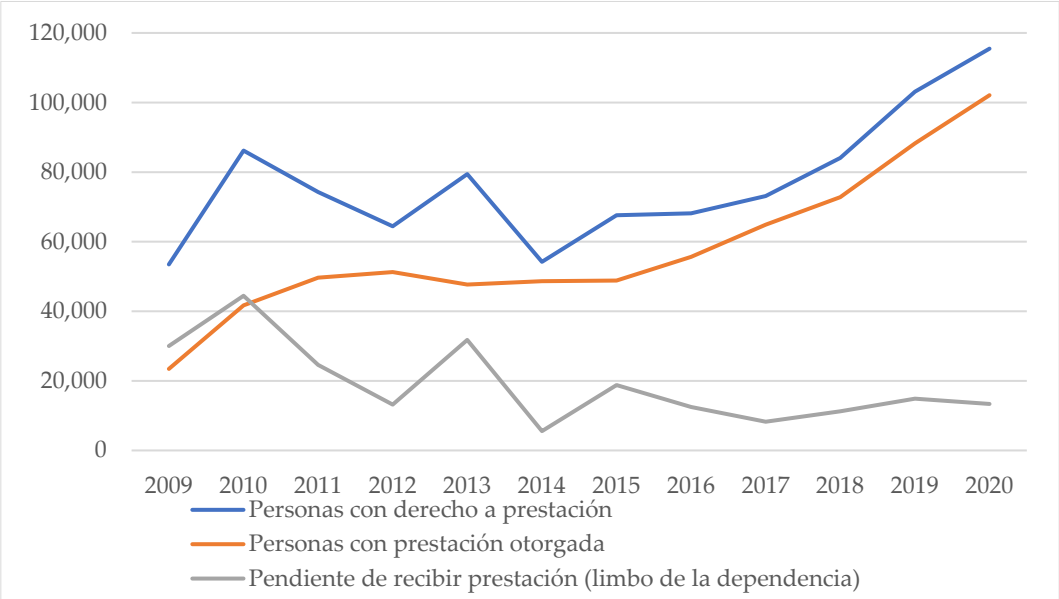
estaban en el sistema y, entonces, se aplicaron a la LAPAD. La valoración de la dependencia estaba a cargo de una empresa pública, la Agencia Valenciana de Prestaciones Sociales, cuya gestión fue criticada por las demoras que generaban lista de espera. Existía, además, un refuerzo negativo, ya que cuando una persona conseguía el reconocimiento del grado de dependencia, se volvía a postergar el acceso a las prestaciones mediante otro dispositivo, concretamente, el de elaboración del PIA. De este modo, las personas tenían reconocido el derecho, pero no el acceso a la prestación concreta. Esto se conoció como el limbo de la dependencia. En este contexto, aumentó la protesta social, de la cual surgieron las Plataformes en defensa de la Llei de Dependència.

Pese al contexto de restricciones, emergió una práctica innovadora: el Plan Elaia, consistente en viviendas adaptadas al que se habían adherido a fines del año 2000 ocho municipios de la Comunitat Valenciana (JIMÉNEZ, 2015). El plan de viviendas estaba destinado a personas dependientes con dificultades económicas, pero con cierta autonomía. Estas viviendas se combinarían con un centro de día público que, no obstante, terminó concesionándose, lo que restringió la sinergia que podría haberse producido entre las personas mayores residiendo en las viviendas y el centro de día.

En una siguiente etapa, en 2015, se produce una inflexión con una nueva coalición de Gobierno integrada por Compromís y el PSOE (conocido como Pacte del Botànic) que dio impulso financiero al área de igualdad, inclusión y servicios sociales ya que su presupuesto pasa de 731 millones (4,4% del presupuesto total de la Generalitat Valenciana) en 2014 a 1.619 millones (7,5%) en 2021. Además, se vuelve al modelo descentralizado de gestión municipal de los servicios sociales y, a partir de entonces, toda la gestión de la dependencia, desde la evaluación del grado de dependencia hasta el PIA, es llevada adelante por los equipos de servicios sociales municipales. La consejería del área solo interviene de forma administrativa y como control, verificando los informes de servicios sociales y sanitarios, para expedir la resolución.

Hasta el año 2015 el número de personas con derecho a prestación tiene fuertes oscilaciones (Gráfico 1.18), que repercuten en la lista de espera. En este primer periodo se mantiene sin crecimiento el número de personas que se encuentra dentro del sistema. A partir de 2015 se observa un crecimiento absoluto y significativo de las personas con derecho a prestación y también de las prestaciones otorgadas, lo que repercute, claramente, en una disminución de la lista de espera. Es decir, el año 2015 es un punto de inflexión ya que crece el sistema por la inyección monetaria y se comienza a sanear la gestión.

Gráfico 1.18. Evolución personas beneficiarias y pendientes de prestación del SAAD en la Comunitat Valenciana, 2009-2020



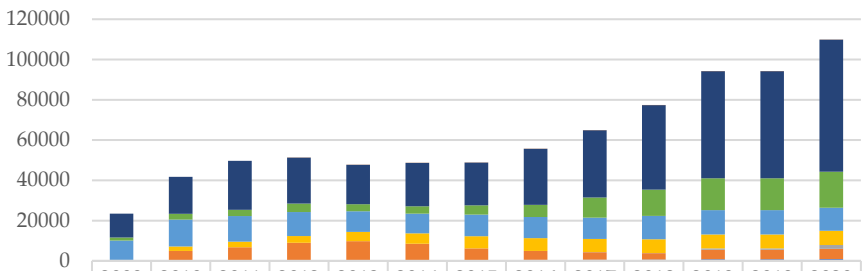
Fuente: Elaboración propia a partir de datos del SAAD-IMSERSO. Datos a fecha de 31 de diciembre.

1.6.2.2. TIPO DE PRESTACIONES. LA CARTERA DE SERVICIOS DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA

En el caso de la Comunitat Valenciana, el SAAD, en sus inicios, incluyó, sobre todo, a los recursos residenciales y centros asistenciales y, en menor medida, atendió la demanda del cuidado informal en el ámbito familiar. Pero, a la inversa de otras comunidades, esta fue creciendo y, a partir de cierto momento, estas prestaciones económicas para el cuidado familiar se disparan siendo, una de las reivindicaciones de las Plataformes en defensa de la Llei de Dependència. Actualmente, con datos a diciembre de 2020, este tipo de prestación representa el 59,7% del total de prestaciones de esta comunidad autónoma; y el 14,6% del total en el estado español.

Si observamos longitudinalmente el Gráfico 1.19, vemos que las prestaciones para recursos residenciales se mantuvieron sin variaciones importantes en el periodo 2008-2020. Las prestaciones para centros de día/noche, aunque insuficientes, crecieron lentamente. Y también crecieron las prestaciones económicas vinculadas a servicio que en esta comunidad tiene la particularidad de incluir la contratación, no solo de servicios residenciales, sino también, del SAD.

Gráfico 1.19. Evolución de las prestaciones del SAAD en la Comunitat Valenciana, 2008-2020



	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2019	2020
PE Asistente Pers.				3	3	4	4	4	6	11	25	25	35
PECE Familiar	11,838	18,372	24,293	22,821	19,526	21,518	21,211	27,800	33,374	41,963	53,115	53,115	65566
PEV Servicio	1,498	2,857	3,120	4,180	3,506	3,679	4,649	6,070	10,001	13,040	15,826	15,826	17883
Residencias	9,595	13,329	12,674	11,933	10,269	9,743	10,682	10,507	10,586	11,606	12,095	12,095	11429
Centros Día/Noche	507	2,223	2,842	3,352	4,618	5,180	6,104	6,343	6,560	6,793	6,936	6,936	7089
SAD									29	104	719	719	1914
Teleasistencia		4,943	6,732	8,619	9,438	8,263	5,931	4,437	3,762	3,179	4,701	4,701	5049
Prevención	1	1	1	342	321	268	249	501	558	646	777	777	892

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del SAAD-IMSERSO. Datos a fecha de 31 de diciembre.

Si bien los indicadores del SAAD han mejorado en la Comunitat Valenciana, no está exento de limitaciones. Un indicador negativo es la baja tasa de prestaciones por persona, que solo es de 1,1 en 2020. El cuidado informal en el ámbito familiar necesita completarse con una mayor intensidad de recursos de respiro como SAD y centros de día/noche. La prestación económica de cuidados en el entorno familiar, por un lado, abona un doble rasero (EICHLER, 1991), aunque no de forma explícita, porque reconoce monetariamente el trabajo de cuidados, pero no se paga a un precio justo. Y por otro, no permite un mejor reparto del trabajo de cuidados para avanzar hacia una mayor corresponsabilidad pública y de género.

Otro déficit se encuentra en la coordinación entre consejerías y direcciones generales que se suele compensar porque el modelo se basa en una gestión descentralizada donde colaboran los servicios de atención primaria, sociales y sanitarios, tal como lo señala una trabajadora social:

> Mi trabajo es más indirecto. La coordinación es muy estrecha, eh... normalmente la gente acude primero a los servicios sociales municipales, ellos son derivados al centro de salud porque se requiere un informe específico que consta de varias partes, por un lado, están los diagnósticos clínicos que el paciente tiene... en su historial, tratamiento farmacológico actualizado y luego tiene otra parte que consiste en unas tablas de valoración. (María, gestora pública, C085)

Finalmente, la nueva *Ley 3/2019 de Servicios Sociales Inclusivos del Consell Valenciano* reconoce que: "Actualmente existen diferentes situaciones contractuales entre las personas que integran los equipos sociales de base que atienden a la dependencia. Una parte tiene categoría de funcionariado y otra, se rigen por contratos laborales. Los puestos de trabajo tampoco están estabilizados en la estructura de la organización municipal" (art.107). La casuística en este sentido es amplia:

> El ayuntamiento cuenta con el SAD municipal y luego también cuenta con el SAD de dependencia. Disponemos de 5 personas, una de ellas es municipal y 4 son de dependencia. Sí que es verdad que la subvención pues… ha experimentado un volumen muy alto, entonces sí que se ha tenido que externalizar. (Lourdes, gestora pública, C084)

1.6.2.3. EL IMPACTO DE LA COVID EN EL SAAD

Durante el confinamiento se cerraron los centros de día/noche y los centros especiales de empleo. A su vez, los centros de salud de atención primaria pasaron a realizar atención telefónica. Frente a ello, los servicios sociales municipales incrementaron el SAD en las familias que perdían los mencionados recursos de respiro. Y también, programaron la ayuda domiciliaria para las personas mayores que residían solas y donde se detectaban factores de vulnerabilidad incrementados por la covid. Los servicios sociales de atención primaria, siendo servicios esenciales, siguieron trabajando durante la pandemia, con distintas modalidades, en algunos casos, combinando el teletrabajo.

A su vez, según surge de las entrevistas realizadas, los servicios sociales asumieron tareas que excedían sus funciones, por ejemplo, incorporando tareas relacionadas con la preservación de la salud como la provisión de medicamentos y la mediación con el sistema de salud para evidenciar situaciones de grave riesgo; o tareas vinculadas con la educación cuando había brecha digital y se estaba confinado. También solucionando situaciones habitacionales *ad hoc* cuando se detectaba una persona enferma de la covid en una familia en pequeña vivienda o infravivienda o que no tenía recursos propios para aislar al familiar en otro domicilio. Mientras habitualmente se busca un recurso residencial, en plena crisis pandémica esta opción no estaba disponible, por lo tanto, había que buscar en la red familiar ampliada, si existía, y también, en viviendas de los propios municipios.

La covid puso en evidencia las carencias del SAAD, en múltiples dimensiones. Por ejemplo, el trabajo con un número muy ajustado de personal que frente a la pandemia los colocó en una situación de estrés laboral, con una fuerte intensificación y alargamiento de las jornadas. También, la insuficiente capacidad de supervisión pública de los recursos sociales (residencias, centros de día, etc) y la necesidad de mejorar los indicadores de calidad utilizando criterios basados en la gerontología y el género. Si bien existe un procedimiento de acreditación de centros residenciales, no hay seguimiento y, hoy más que nunca, es imprescindible repensar el modelo de cuidados, desde sus aspectos organizacionales, hasta el vínculo más directo entre quienes cuidan y las personas cuidadas, de modo tal que los recursos y las prestaciones respondan a las necesidades de la ciudadanía, poniendo el cuidado en el centro.

1.6.3. GALICIA

1.6.3.1. LAS ETAPAS EN LA IMPLEMENTACIÓN DEL SAAD EN GALICIA

El sistema de atención a la dependencia ha pasado por cinco etapas en Galicia. Comenzó a funcionar con un buen ritmo de solicitudes y dictámenes y en el año 2008 se recibieron 49.252 solicitudes y se resolvieron 40.823, reconociéndose el derecho a prestación a 31.689 personas (el 77,6% del total). Esta etapa de despegue del SAAD (2007-2008) fue seguida de una etapa de consolidación y expansión durante 2009 y 2010, cuando el porcentaje de población beneficiaria del SAAD sobre el total de la población aumentó del 1,8% al 2,2%.

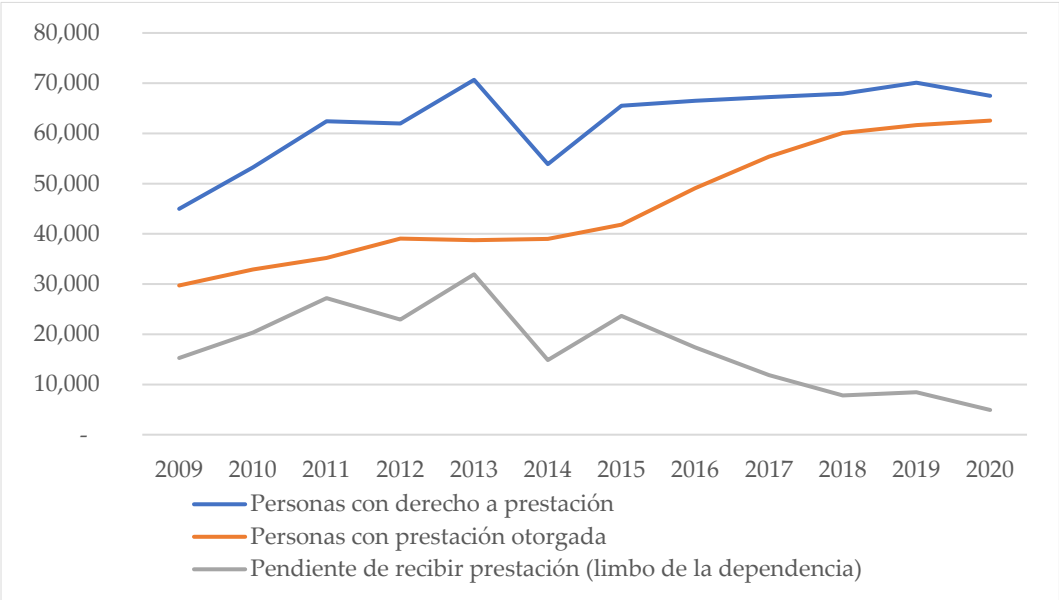
Durante estas dos etapas, sobre todo durante la segunda, el gasto público estimado en cuidados de larga duración aumentó de 3.809 millones de euros (0,36% del PIB) a 8.004 (0,74%) (GÓMEZ *et al.*, 2012). Sin embargo, esta filosofía se modificó sustancialmente poco después con la introducción de las políticas de contención del gasto social en el año 2010 que redujo el gasto de dependencia en los presupuestos generales del Estado de 2011.

En los años 2011 y 2012 comienza un período de ralentización, de estancamiento en la evolución de las prestaciones concedidas y de pausa en su incremento. De esta manera, en el año 2012, se frena el ritmo de beneficiarios con prestación y en el año 2013 su variación es ya

negativa: el porcentaje de variación anual de personas con prestación que estaba aumentando en un 10% cada año, desciende al -0,8%. También aumenta la lista de espera, el denominado limbo de la dependencia que en el año 2013 alcanza el 45,2%.

Esta etapa de retroceso comprende el período 2013-2015 (JIMÉNEZ, 2015). Las medidas de estabilidad presupuestaria, como se ha mencionado anteriormente, se acentuaron en el año 2011 y además fueron desarrolladas mediante normativas de urgencia que carecían de pactos sociales previos. El gasto social se estancó entre 2011 y 2015 en torno al 0,7% del PIB, por debajo del promedio de la UE establecido en el 1,6%. De esta forma, se estancó el número de beneficiarios con prestación en Galicia porque se frenó la entrada de las personas dependientes moderadas.

Gráfico 1.20. Evolución personas beneficiarias y pendientes de prestación SAAD en Galicia, 2008-2020



Fuente: elaboración propia a partir de datos del SAAD-IMSERSO. Datos a fecha de 31 de diciembre.

Es a partir del año 2015 cuando se advierte una recuperación del SAAD. El número de solicitudes ha ido aumentando de manera progresiva (77.385 en 2020) así como el de personas valoradas (77.049 en 2020), lo que ha reducido la lista de espera de resolución a 336 personas. Aun así, es necesario advertir que la lista de espera debe reducirse también por la incorporación de personas de grado III para garantizar los apoyos públicos a las personas en situaciones más severas.

La cobertura actual del SAAD en Galicia es del 51,9% de la población con dependencia (calculado a partir del número de personas con dependencia y del número de personas con prestación de la LAPAD).

1.6.3.2. TIPO DE PRESTACIONES. LA CARTERA DE SERVICIOS DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA EN GALICIA

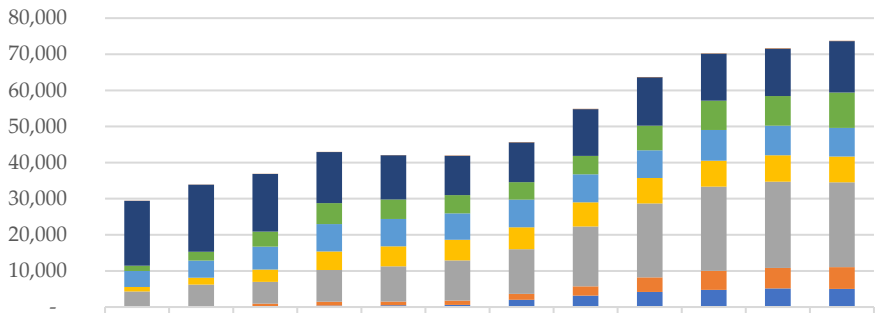
La implementación de los recursos sociales y de las prestaciones económicas ha ido evolucionando con el paso del tiempo. En la etapa de despegue (2007-2008) y en la etapa de consolidación (2009-2010) las prestaciones económicas y, en concreto, la PECEF fue el recurso principal. El 64,5% de los usuarios la recibían en el año 2008. En el año 2010, había descendido, pero todavía era el principal apoyo público con un 54,8% de los usuarios del total del sistema.

En ambos períodos, la implementación del servicio de ayuda a domicilio seguía una evolución al alza, pero no llegaba a despuntar, concentrando al 17,6% de las prestaciones en el año 2010.

En la actualidad, esta situación prácticamente se ha invertido: la PECEF representa al 19,3% de los usuarios mientras que los servicios de atención a domicilio suponen el 31,9%. Ha sido durante la etapa de ralentización (2011-2012) y la etapa de retroceso (2013-2014) cuando se ha modificado esta situación. En esa etapa se potenciaron las prestaciones económicas vinculadas al servicio, las residencias y el servicio de ayuda a domicilio. Estas prestaciones, aunque favorecen la libre elección del beneficiario con respecto a cómo ser cuidado, lo cierto es que son más costosas para ellos ya que el usuario tiene que dar una aportación económica mayor que si se tratase de un servicio social público. Su copago es generalmente alto debido a la diferencia entre el coste del servicio contratado con esta prestación y la cuantía monetaria recibida para su contrato.

De forma indirecta, como un efecto no deseado de la escasa intensidad de los recursos y de los costosos servicios privados, el SAAD podría llegar a convertirse en un sistema residual, dirigido a la población con recursos muy escasos, y expulsa del sistema a las clases medias al ser más económico para ellas la mercantilización de la asistencia mediante el servicio doméstico.

Gráfico 1.21. Evolución del peso de cada tipo de prestaciones según el total de prestaciones en Galicia, 2008-2020



	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
PE Asistente Pers.	29	36	40	40	47	80	85	88	100	111	112	111
PECE Familiar	17,939	18,587	15,958	14,112	12,263	10,865	10,989	12,930	13,392	12,953	13,069	14,212
PEV Servicio	1,462	2,411	4,156	5,827	5,400	5,046	4,822	5,088	6,806	8,132	8,197	9,782
Residencias	4,470	4,748	6,358	7,587	7,584	7,317	7,647	7,738	7,660	8,516	8,205	7,941
Centros Día/Noche	1,222	1,919	3,390	5,138	5,547	5,731	6,112	6,722	7,062	7,173	7,345	7,169
SAD	4,156	5,956	6,058	8,740	9,714	11,107	12,340	16,571	20,465	23,309	23,884	23,485
Teleasistencia	110	191	726	1,088	1,026	1,225	1,667	2,555	4,049	5,268	5,667	6,032
Prevención	38	60	203	403	509	567	1,980	3,170	4,167	4,758	5,148	4,998

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del SAAD-IMSERSO. Datos a fecha de 31 de diciembre

1.6.3.3. EL IMPACTO DE LA COVID EN EL SAAD

Desde la Oficina de Atención a la Dependencia en A Coruña se nos ofrecen indicaciones de cómo afectó la pandemia al servicio de ayuda a domicilio. Destaca que el sistema se ha colapsado y está en crisis porque han tenido que paralizar las nuevas altas y las cuestiones urgentes para afrontar la inmediatez de la pandemia. El SAD emerge como uno de los recursos de cuidado que se ha flexibilizado y reforzado para dar respuesta a las dificultades emergidas de la pandemia, especialmente durante los primeros meses. El SAD se convierte en pieza esencial del mosaico de cuidados para personas solas y de máxima vulnerabilidad. En este sentido, la Xunta convocó un SAD extraordinario exento de copago para atender las

situaciones de dependencia severa en los domicilios. Al blindarse el acceso a centros de día y residencias era necesario atender a las personas por otras vías. La directora explica que la pandemia afectó al trabajo de las cuidadoras del SAD, a causa de las bajas médicas, de la suspensión voluntaria de servicios por parte de las familias y por la falta de equipos de protección individual (EPI).

Se señala también la importancia de la colaboración de la comunidad en los cuidados. La pandemia ha puesto de manifiesto la preocupación de los vecindarios por las personas que estaban solas y la creación de redes de voluntariado para hacer frente a todas las demandas. Finalmente, plantea que el impacto de la pandemia sobre el SAAD incrementará los tiempos de espera de valoración y de concesión de los recursos; y que debe mejorarse la coordinación de los recursos sociales con el sistema sanitario.

Desde la Dirección de la Jefatura Territorial de Política Social de A Coruña, la responsable de la valoración de las situaciones de dependencia y de la concesión de los recursos sociales del SAAD, asegura que, después de realizar una valoración de la situación de la pandemia, a finales de 2020 ya estaba mucho más controlada la situación porque se había establecido un protocolo de actuación en las residencias y en los centros de día. Nos informa también de la existencia de un retraso importante en las valoraciones de dependencia y discapacidad, ya antes de la pandemia, a causa del incremento de la demanda y del envejecimiento de la población. A pesar de haber reforzado la plantilla, la pandemia ha agravado esta situación.

Con respecto al tipo de prestaciones y recursos nos comentan que la Conselleria de política Social de la Xunta, desde antes de la pandemia, ha fomentado las prestaciones económicas a través del cheque a empresas y también del cuidado en el entorno familiar (cuestión que confirman los datos). Con carácter excepcional la Conselleria convocó el Bono Coidados para a Dependencia para las familias durante la pandemia.

1.6.4. PAÍS VASCO

1.6.4.1. LAS ETAPAS EN LA IMPLEMENTACIÓN DEL SAAD EN EL PAÍS VASCO

La LAPAD en el País Vasco presenta una estructura administrativa peculiar. Está compuesta por tres provincias o Territorios Históricos, que son Araba/Álava, Bizkaia y Gipuzkoa, que tienen capacidad de administrarse internamente, tal como reconoce el Estatuto de Autonomía del País Vasco y la Ley 27/1983, conocida como Ley de Territorios Históricos. En su artículo 7 establece que corresponde a los Territorios Históricos la ejecución de la legislación de las Instituciones Comunes en materia de asistencia social.

El Gobierno Vasco aprueba la *Ley 12/2008 de Servicios Sociales* en diciembre de 2008 y en su articulado incorpora los servicios de atención a la dependencia evitando crear dos sistemas de atención. La principal aportación de la Ley 12/2008 es el reconocimiento del derecho subjetivo de todos los servicios y prestaciones especificados en la cartera de prestaciones, que van más allá de las reconocidas por la LAPAD, aunque estén sujetas a las medidas de estabilidad presupuestaria (ARRIETA, 2019). Siete años más tarde, se aprueba el Decreto 185/2015[27], que despliega la Cartera de Prestaciones y Servicios del Sistema de Servicios Sociales de la comunidad autónoma del País Vasco.

El reparto de competencias establecido por la *Ley 12/2008 de Servicios Sociales* descansa sobre tres estructuras principales: Gobierno Vasco, diputaciones forales y ayuntamientos (art. 40, 41 y 42). A continuación, se desarrollan las competencias de cada estructura y se da cuenta de las

[27] Decreto 185/2015 de 6 de octubre de Cartera de Prestaciones y Servicios del Sistema Vasco de Servicios Sociales

prestaciones y servicios que engloban, comenzando desde el nivel más micro (municipal) hasta el más macro (autonómico):

- Los Ayuntamientos se articulan como la puerta de acceso al sistema y son los encargados de atender las necesidades básicas. En materia de dependencia, gestionan gran parte de las prestaciones y los servicios dirigidos a las personas con un grado I de dependencia. Entre las competencias más destacables se encuentran: la potestad para planificar, organizar y gestionar los servicios sociales de base; la provisión de los servicios de atención primaria; así como la fijación de los precios públicos de los servicios de su competencia. Todos los ayuntamientos de la comunidad autónoma del País Vasco que superan los 5.000 habitantes deben disponer de un servicio social de base propio. Los municipios más pequeños deben ofrecer los servicios en asociación con otro municipio. Los servicios y las prestaciones de competencia municipal son el SAD; servicios de apoyo a las personas cuidadoras, servicios de atención diurna; servicio de alojamiento para personas mayores en apartamentos. Todas ellas ofrecidas en régimen de copago, excepto el servicio a las personas cuidadoras que es totalmente público.
- Las Diputaciones Forales valoran y atienden a las personas que presentan un grado de dependencia igual o superior a II. Por tanto, el acceso más común a las prestaciones y los servicios ofrecidos por ellas se realiza tras una derivación desde los servicios sociales de base. Se encargan de la gestión del servicio de valoración de la dependencia; de los centros de día/noche y residenciales; del servicio de apoyo a la vida independiente; del servicio de ayudas técnicas de adaptación del medio físico, así como de las prestaciones económicas para la asistencia personal; y para cuidados en el entorno familiar.
- Respecto a las competencias del Gobierno Vasco se encuentran: la iniciativa legislativa, el desarrollo normativo y la acción directa en materia de servicios sociales; la potestad reglamentaria en la ordenación de los servicios sociales, en la elaboración y aprobación de la Cartera de Prestaciones y Servicios; la regulación de los criterios generales de participación económica de las personas; y la coordinación general del sistema. La única competencia del Gobierno Vasco en materia de servicios y prestaciones para atender a la dependencia es la teleasistencia.

El SAAD se implementa en el año 2008 y en su desarrollo se pueden identificar cinco etapas: despegue (2008), consolidación y expansión (2009-2010), ralentización (2011-2012), retroceso (2013-2014) y recuperación (2015-2020). Como ya se ha mencionado, dicho desarrollo es común a todo el territorio español, aunque presenta ciertos matices según la comunidad autónoma.

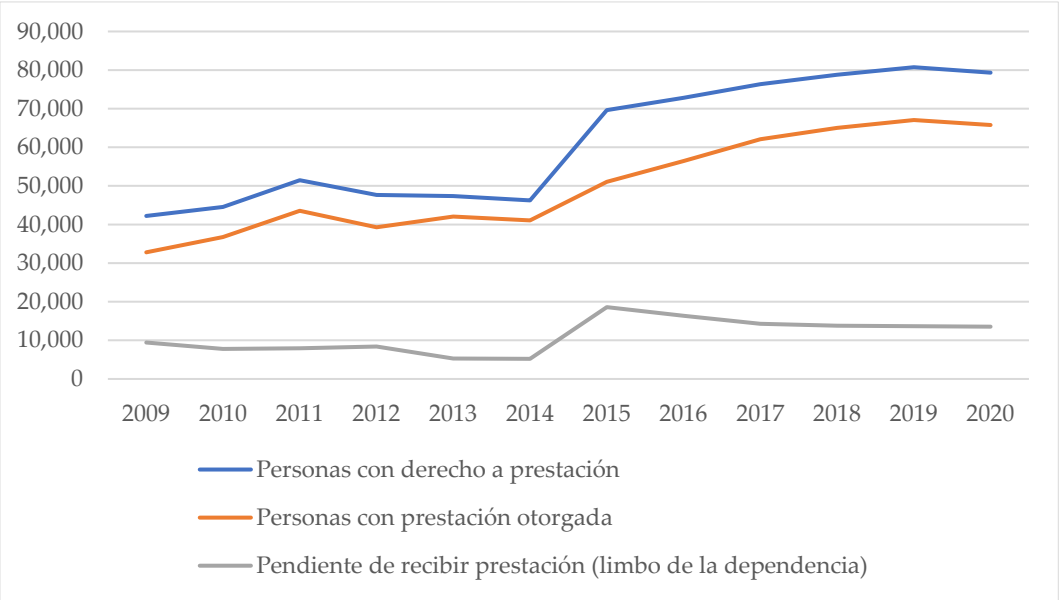
En 2008 se pone en marcha el servicio de valoración a la dependencia y en este primer año de despegue se presentan en el País Vasco un total de 25.154 solicitudes: 25.144 son tramitadas y se reconoce el derecho a prestaciones del 100% de las resoluciones. Tras el despegue, la LAPAD entra en una etapa de consolidación durante los años 2009 y 2010: las solicitudes y resoluciones se triplican, no obstante, a diferencia del año 2008, el reconocimiento de derecho a prestación baja considerablemente: no se reconoce a más del 50% de las resoluciones y la lista de espera crece de forma abrupta, presentando el número más elevado de todo el periodo estudiado (8.248 personas).

El impacto de la crisis económica es más tardío y menos acusado en el País Vasco que en otras comunidades autónomas y los recortes en los servicios sociales son menores. No obstante, con la recesión, la tendencia de la evolución del SAAD cambia. Durante los años 2011 y 2012 se vive un periodo de ralentización, sobre todo respecto al reconocimiento del derecho a las prestaciones y los servicios establecidos por el SAAD. En este momento el número de solicitudes es menor que en años anteriores. Cabe destacar el dato de 2011, con 78.856 solicitudes, así como la lista de espera de 2012, que muestra el dato más alto de todo el periodo

estudiado exceptuando 2009: 4.984 personas. Los años 2013 y 2014 se definen como momentos de retroceso. En 2014 el número de personas con derecho a prestación llega al total más bajo desde el comienzo de la crisis, con 46.260 valoraciones de reconocimiento a prestación favorables.

No es hasta el año 2015 cuando se advierte una recuperación del SAAD caracterizada por un aumento destacable del reconocimiento de prestaciones y servicios entre 2014 y 2015: un 50% más en solo un año. Desde este momento, el número de solicitudes y resoluciones crece año tras año, aunque presenta un ligero descenso entre 2019 y 2020, debido probablemente al impacto de la pandemia provocada por la covid. Destaca el máximo histórico en 2019, con 80.742 personas beneficiarias, esto es, un 76,29% del total de resoluciones. El año 2020 se caracteriza por 105.906 solicitudes y 105.491 resoluciones. Todos los datos mencionados se pueden observar en el siguiente gráfico:

Gráfico 1.22. Evolución de la gestión de la LAPAD en el País Vasco, 2008-2020



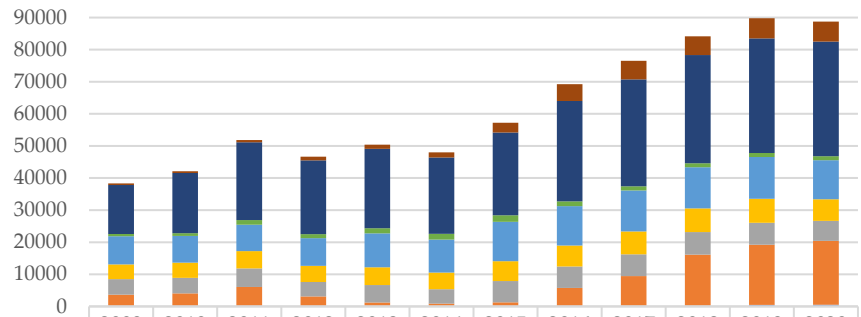
Fuente: Elaboración propia a partir de datos del SAAD-IMSERSO. Datos a fecha de 31 de diciembre.

1.6.4.2. TIPO DE PRESTACIONES. LA CARTERA DE SERVICIOS DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA EN EL PAÍS VASCO

Durante la etapa de despegue (2008-2009) la atención a las personas dependientes se resuelve principalmente a través de la atención residencial y de la PECEF. La evolución posterior, aunque con altibajos, muestra dos tendencias generales que se retroalimentan. Por un lado, un acusado aumento del peso de la PECEF (llegando en 2011 a constituir el equivalente a la mitad de todas las prestaciones y servicios), de la PEAP (hasta llegar al 7,01% en 2020) y de la teleasistencia (hasta englobar el 22,41% de las prestaciones y servicios en 2020). Por otro lado, disminución considerable del peso de los demás recursos, sobre todo, de la atención residencial que engloba una séptima parte de todos las prestaciones y servicios en 2020 (13,71% del total). Esto es, se percibe la evolución de una tendencia clara caracterizada por dos movimientos: situar el cuidado en los hogares, en detrimento de su institucionalización (disminución del peso de los centros residenciales y centros de día/noche) y, paralelamente, reforzar las ayudas económicas y la teleasistencia, en detrimento de la asistencia directa proporcionada por los servicios sociales (decrecimiento del peso de la ayuda a domicilio). Ver los datos en el Gráfico 1.23.

En términos generales, los cambios vividos en la evolución de los servicios y prestaciones ofrecidos en el País Vasco ponen de relieve el peso que presenta el entorno y la propia vivienda de la persona en su cuidado. El cuidado está focalizado a mantener a la persona dependiente en su hogar, mediante los servicios de teleasistencia y, en menor medida, la ayuda a domicilio, pero, sobre todo, a través de las prestaciones económicas: PECEF en Bizkaia y Araba/Álava y PEAP en Gipuzkoa. Esta tendencia es también objeto de debate político y como se muestra en el siguiente apartado.

Gráfico 1.23. Evolución del peso de cada tipo de prestación según el total de prestaciones en el País Vasco, 2008-2020



	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
PE Asistente Pers.	530	569	729	1,134	1270	1572	3031	5273	5826	5844	6290	6245
PECE Familiar	15239	18742	24237	23,011	24738	23808	25793	31247	33312	33674	35683	35,689
PEV Servicio	713	865	1408	1,256	1609	1790	2067	1473	1273	1282	1240	1,271
Residencias	8762	8333	8232	8,601	10565	10264	12237	12287	12743	12800	13027	12,165
Centros Día/Noche	4577	4709	5386	5,042	5567	5175	6212	6535	7162	7393	7483	6,737
SAD	4863	4844	5791	4,503	5431	4490	6588	6684	6780	7023	6805	6,216
Teleasistencia	3663	4074	6067	3,105	1088	833	1230	5617	9293	15960	18791	19,885
Prevención	0	0	0	0	118	66	70	143	154	168	460	540

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del SAAD-IMSERSO. Datos a fecha de 31 de diciembre.

1.6.4.3. EL DEBATE POLÍTICO ALREDEDOR DE LA LAPAD EN EL PAÍS VASCO

El primer objeto de debate político está relacionado con la peculiaridad administrativa del País Vasco según la cual, el acceso a los servicios estipulados en la Cartera de Prestaciones Sociales se desarrolla de manera diferente en los tres Territorios Históricos, puesto que cuentan con normativas propias que están en el origen de ciertas desigualdades. Un ejemplo de ello se encuentra en la tarifa máxima diaria establecida por las diputaciones forales a los centros residenciales (ARRIETA, 2019). También son desiguales las condiciones laborales de las personas que trabajan en los centros residenciales: los centros de gestión pública tienen convenios propios y los centros de gestión privada en Bizkaia y en Gipuzkoa cuentan con convenios provinciales, pero no en Araba/Álava, donde se rigen por el convenio estatal. Asimismo, se observan desigualdades en el desarrollo de algunas de las prestaciones económicas otorgadas por las diputaciones forales. La PEAP se desarrolla sobre todo en Gipuzkoa: el 98% de las prestaciones ofrecidas con este propósito a nivel estatal (Ander Rodríguez, EH Bildu, Parlamento Vasco, C323).

Cabe señalar que las desigualdades entre Territorios Históricos no se explican tanto por diferencias con relación a los partidos políticos que gobiernan en cada diputación foral, sino por las distintas formas de entender y gestionar los servicios sociales por parte del partido hegemónico, el Partido Nacionalista Vasco (PNV), en cada Territorio Histórico (Ander Rodríguez, C323). Así, actualmente, EH Bildu y Elkarrekin-Podemos, desde la oposición,

critican las diferencias en la gestión de cada diputación foral por las desigualdades que genera (Ander Rodríguez, C323; Izaskun Duque, EH Bildu, Juntas Generales de Bizkaia, C243; Héctor Fernández y Eneritz de Madariaga, Elkarrekin-Podemos, Juntas Generales de Bizkaia, C256). Paralelamente, algunos agentes sociales, como por ejemplo, la Plataforma Irauli Zaintza y la Babestu Asociación de familiares de usuarios de las residencias de Bizkaia, reclaman la creación de un único órgano dependiente del Gobierno Vasco que regule los servicios y las prestaciones a la dependencia, garantizando unas condiciones comunes y priorizando la gestión municipal, para que desaparezcan las desigualdades entre Territorios Históricos (Joseba, Plataforma Irauli Zaintza, C276; Efrén, Plataforma Babestu Asociación de familiares de usuarios de las residencias de Bizkaia, C254).

Un segundo tema de debate tiene que ver con la decisión política de favorecer los cuidados realizados en el entorno del hogar, por delante de la creación de estructuras institucionales de cuidado. El cuidado se ha focalizado en mantener a la persona dependiente en su hogar, mediante los servicios de teleasistencia y, en menor medida, la ayuda a domicilio, pero, sobre todo, a través de las prestaciones económicas: PECEF en Bizkaia y Araba/Álava, y PEAP en Gipuzkoa. Esta tendencia responde a una voluntad política firme y se refleja en los tres proyectos que se han puesto en marcha recientemente en cada una de las tres diputaciones forales para proporcionar asistencia a la dependencia. Los tres proyectos utilizan la palabra *etxea* (casa en euskera), lo que constituye una clara declaración de intenciones: alargar el máximo tiempo posible el periodo en el que los cuidados se prestan en el entorno familiar de la persona dependiente.

En esta misma línea, Elena Coria (C332), juntera de las Juntas Generales de Bizkaia por el PNV menciona que desde la Diputación Foral de Bizkaia se ha apostado por un cuidado centrado en la persona, que garantice a las personas mayores poder seguir viviendo el máximo tiempo posible en sus hogares, a través de los servicios a domicilio, la teleasistencia y la combinación de los sistemas social y sanitario. El Partido Socialista de Euskadi (PSE) y el PP valoran de forma favorable la apuesta de la Diputación de Bizkaia de alargar el cuidado en el entorno familiar el máximo tiempo posible (Juan Otermin, PSE, Juntas Generales de Bizkaia, C324; Eduardo Andrade, PP, Ayuntamiento de Getxo y Juntas Generales de Bizkaia, C322).

Algunos de los partidos políticos de la oposición, como Elkarrekin-Podemos y EH Bildu, critican la falta de perspectiva de género de este posicionamiento, al subrayar que el cuidado en el entorno doméstico familiar es prestado principalmente por las mujeres y que las ayudas económicas se utilizan, a menudo, para externalizarlo (Héctor Fernández y Eneritz de Madariaga, Elkarrekin-Podemos, Juntas Generales de Bizkaia, C256; Izaskun Duque, EH Bildu, Juntas Generales de Bizkaia, C243). Además, como en otros trabajos referentes tanto al contexto vasco en particular (ESCOBAR *et al.*, 2018), como al europeo en general (FARRIS, 2015), matizan que, a través de la contratación de otras mujeres, en gran parte migrantes, se refuerza las desigualdades de género, de clase y de raza. También señalan que apostar por las ayudas económicas para alargar el máximo tiempo posible el cuidado de las personas dependientes en los hogares, no respeta el derecho de las personas a ser cuidadas donde quieren ser cuidadas.

1.6.5. CATALUÑA

1.6.5.1. LAS ETAPAS EN LA IMPLEMENTACIÓN DEL SAAD EN CATALUÑA

Diez meses después de la aprobación de la LAPAD en el Congreso de los Diputados (diciembre de 2006), el Parlament de Catalunya aprobó la *Llei 12/2007 de Serveis Socials*. Esta ley es una modificación de la Llei de Serveis Socials de 1994, vigente en aquel momento, e

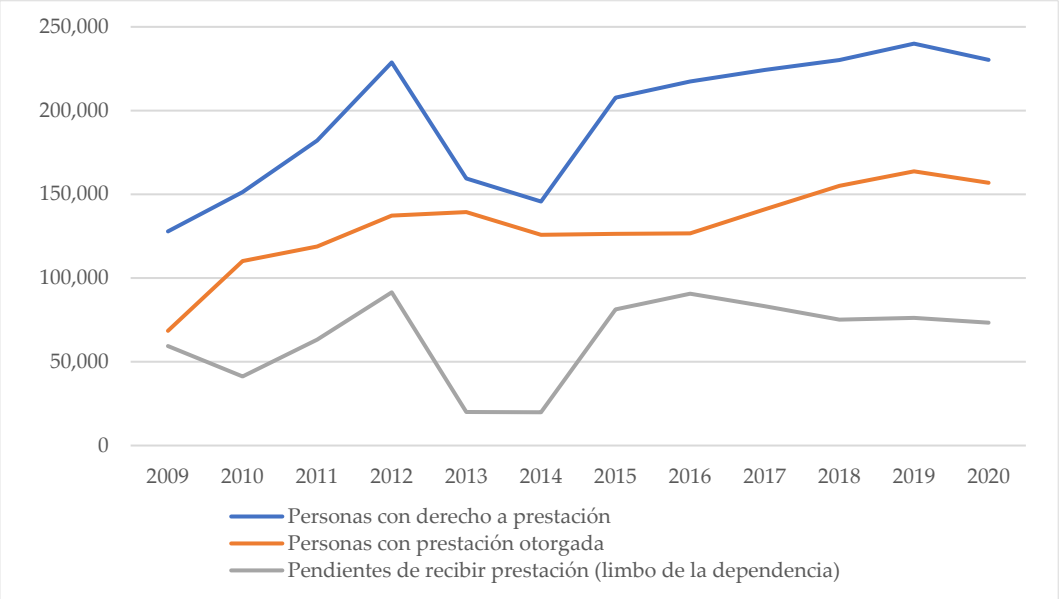
incorpora en su articulado los servicios de atención a la dependencia. En Cataluña, pues, no hay una ley específica, sino que el SAAD queda integrado dentro de la ley general de servicios sociales, con lo que se evitó crear dos sistemas de atención. La Ley 12/2007 se despliega a través de los reglamentos siguientes:

- La Cartera de Serveis Socials (2010), es la normativa que recoge cada prestación a la dependencia y estipula todo lo que tiene que ver con ella, muy especialmente el módulo social (importe de la prestación o servicio). La Cartera preveía ser actualizada bianualmente pero más de 10 años después, no lo ha sido.
- El Pla Estratègic de Serveis Socials (2010) que regula el traspaso de competencias a las administraciones locales y fija los compromisos de las administraciones.
- El Pla de Qualitat de Serveis Socials (2010) regula los mecanismos de supervisión y control de la calidad de las prestaciones.
- Los Planes Locales que despliegan el Pla Estratègic desde las administraciones municipales o supralocales (Consorcios, Mancomunidades y Consells Comarcals).

El SAAD se implementa en 2008 que es el primer año en que se ofrece a la población el servicio de valoración de la situación de dependencia y, por lo tanto, del derecho a recibir una prestación. En este año, se presentaron 89.345 solicitudes (un 1,2% de la población de Cataluña) y se produjeron 69.092 resoluciones favorables, el 77,3% de las solicitudes presentadas. Hubo un incremento continuo de las solicitudes entre 2008 y 2011 y un descenso abrupto en 2012, causado por el efecto de la crisis económica y del Real Decreto 20/2012, que recortó drásticamente el presupuesto del SAAD, lo que afectó a las valoraciones y a las prestaciones concedidas.

El número de solicitudes con respuesta favorable se mantiene constante (alrededor de las tres cuartas partes de las solicitudes), pero aumenta el número de personas con derecho a prestación no atendidas (en lista de espera para recibir la prestación) que pasa de 20.077 en 2013 (el 12,5%), a 90.673 en 2016 (el 41,7%). Desde el año 2016 que es el de mayor número de personas en lista de espera, el porcentaje de resoluciones favorables no atendidas empieza a descender, pero nunca por debajo del 25%. Es un dato que expresa el colapso del sistema de valoración y reconocimiento de la situación de dependencia y la incapacidad de asumir económicamente las prestaciones asociadas al dictamen favorable. En diciembre de 2020 la lista de espera era de 80.418 personas en situación de dependencia, una situación que como veremos, es objeto de debate político.

Gráfico 1.24. Evolución personas beneficiarias y pendientes de prestación del SAAD en Cataluña, 2009-2020



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del SAAD-IMSERSO. Datos a fecha de 31 de diciembre.

1.6.5.2. TIPO DE PRESTACIONES. LA CARTERA DE SERVICIOS DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA EN CATALUÑA

Los servicios sociales básicos, son facilitados desde las áreas básicas de Serveis Socials en los municipios de más de 20.000 habitantes y servicios comarcales en los municipios más pequeños. Entre estos se encuentran el servicio de ayuda en domicilio y el servicio de teleasistencia. Los servicios especializados son competencia de los Consells Comarcals. Entre estos recursos están los servicios de prevención, de valoración de la dependencia, de transporte adaptado, los centros de día, residencias, servicios de soporte a personas cuidadoras no profesionales. La ley catalana prevé también para las personas ancianas, la residencia en familias de acogida, en viviendas tuteladas, los servicios de tutela y la atención en centros sociosanitarios.

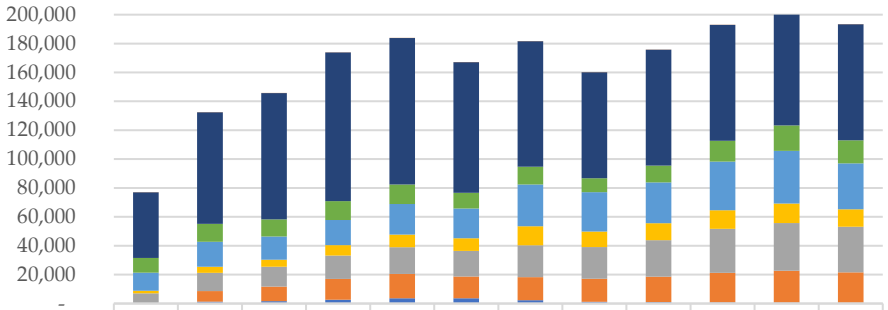
Los ayuntamientos con mayor capacidad demográfica y económica añaden un SAD social que es complementario a las prestaciones que ofrece el SAAD a través del dictamen y del PIA. Este SAD social es gestionado por los servicios sociales locales y se financia con recursos propios de los ayuntamientos. Habitualmente se ofrece a través de un sistema de contrata a una empresa de servicios de SAD, en pocos casos se ofrece directamente.

Con respecto a la relación público-privado, en Cataluña tiene una gran incidencia el régimen de conciertos, tanto en el sistema público de salud como en el sistema de servicios sociales. La Red de Servicios de Titularidad Pública integra los servicios estrictamente públicos, pero también a los prestadores de servicios que han sido acreditados a tal fin por la Generalitat de Catalunya reconociendo su derecho a ofrecer prestaciones y servicios públicos. De hecho, la aplicación de la Ley de Dependencia supuso una fuerte ampliación de los servicios subministrados por el mercado que, a su vez, reciben dinero público a partir de la concertación de plazas (COMAS-D'ARGEMIR, 2015: 399). Existen diferentes modalidades de concierto y de público-privada. Como ejemplo de ello, damos los datos de cómo se distribuyen las plazas de residencia y de centros de día para personas mayores. De un total de 61.907 plazas residenciales existentes en Cataluña en 2020, tan solo 1.631 son públicas de gestión pública. En el caso de los centros de día el predominio de la dependencia del sector privado es evidente:

más del 70% de las plazas las ofrece el sector privado y más del 30% mantienen algún tipo de concierto con el sistema público[28].

En cuanto al tipo de prestaciones, vemos en el Gráfico 1.25 que a consecuencia de la crisis económica se produce una reorientación de la tipología de prestación concedida. El cuidado familiar se mantiene como el más habitual, aunque con tendencia a disminuir. Uno de los objetivos de los recortes era la reducción de esta prestación monetaria que el espíritu de la ley de 2006 definía como una prestación excepcional y que las comunidades autónomas habían convertido en mayoritaria (MONTSERRAT, 2017). El Real Decreto 20/2012 endurece las condiciones de acceso a la prestación económica y penaliza económicamente a las comunidades autónomas en las que dicha prestación supere el 50% respecto al total de prestaciones. Cataluña pasa de tener 107.826 prestaciones económicas por cuidado familiar (más del 50% del total) en 2012 a tener 72.268 en 2019 (una reducción del 33%). Aun así, en 2019 sigue siendo la prestación mayoritaria (39,2%).

Gráfico 1.25. Evolución de las prestaciones del SAAD en Cataluña, 2008-2020



	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2,020
PE Asistente Pers.	18	18	17	17	16	15	13	14	17	71	76	76
PECE Familiar	45,408	77,221	87,357	102,956	101,385	90,486	86,909	73,445	80,247	80,288	79,562	80,418
PEV a Servicio	10,149	12,421	11,949	13,144	13,483	10,798	12,236	9,596	11,611	14,329	17,675	15,921
Residencias	12,552	17,296	15,995	17,321	21,180	20,610	28,908	27,232	28,192	33,727	36,464	31,871
Centros Día/Noche	1,797	4,141	4,943	7,281	8,709	8,746	13,212	10,740	11,770	12,848	13,492	12,078
SAD Hola	7,071	12,698	13,676	16,186	18,535	17,779	22,074	21,946	25,309	30,464	33,066	31,556
Teleasistencia	5	7,303	10,145	14,355	16,858	15,116	15,925	16,024	17,623	20,528	22,053	21,034
Prevención	-	1,297	1,608	2,653	3,623	3,590	2,347	1,182	956	740	615	532

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del SAAD-IMSERSO. Datos a fecha de 31 de diciembre. Nota: los datos del 2008 son incompletos.

A cambio, vemos que se produce un incremento del SAD, una prestación que está sometida a un régimen de copago y que no acostumbra a garantizar más que una o dos horas diarias de cuidado y no atiende los fines de semana ni en horario nocturno. Se trata de un servicio de cuidado de coste bajo que resulta insuficiente para atender las necesidades de las personas beneficiarias de la prestación y para liberar carga de trabajo de cuidado familiar. Se observa también un incremento progresivo, aunque no muy significativo, de la prestación de centro residencial y de centro de día, unos incrementos que no pueden absorber la demanda dado que las listas de espera para acceder a estas instituciones son elevadas, razón por la cual muchas personas en espera de una plaza en una institución están siendo atendidas en los domicilios mediante el trabajo familiar de cuidado.

[28] Datos del Mapa de Serveis Socials del Gencat (2019).

1.6.5.3. EL DEBATE POLÍTICO ALREDEDOR DE LA LAPAD EN CATALUÑA

Recogemos a continuación algunos de los temas de debate que nos han aparecido en las entrevistas realizadas a los representantes parlamentarios entrevistados en Cataluña. Las cuestiones que despiertan mayor interés de debate político son la fuerte presencia del sector privado y del régimen de concierto en la cartera de servicios a la dependencia; la existencia de una extensa lista de espera de personas con resolución positiva que esperan recibir la prestación o el servicio; y, finalmente, la idoneidad del sistema de financiación y el copago.

Un modelo con fuerte presencia del sector privado

El modelo concertado de atención es uno de los objetos principales de debate político entre los parlamentarios entrevistados. Las opciones políticas más conservadoras, se muestran partidarias de la colaboración público-privada en la provisión de los servicios, a la vez que enfatizan la necesidad de que el sistema público ejerza una función de control que es lo que no ha estado a la altura (en referencia a la crisis de las residencias):

> Yo soy perfectamente partidario de que haya servicios que se presten desde el ámbito público, que de otros que se presten desde el ámbito privado, en el contexto del ámbito público. (…) El actor público ha de hacer un esfuerzo de control, por un lado, y de coordinación por el otro, para garantizar que el servicio público se está prestando en las condiciones adecuadas. (Santi Rodríguez, PP, Parlament de Catalunya, C206)

La diputada de En Comú Podem, Marta Ribas (C182), así como Vidal Aragonés (C236), de la Candidatura d'Unitat Popular (CUP) se manifiesta de forma completamente distinta con relación a esta cuestión y plantea la necesidad de revertir la mercantilización y de un cambio en el sistema que no tiene que ver únicamente con un tema económico sino de modelo de cuidado que, opina, debe estar centrado realmente en las necesidades de la persona y ser suficientemente flexible:

> Por lo tanto, ahora lo que hace falta es revertir este modelo mercantilizado. Debemos caminar hacia un modelo donde realmente los cuidados sean un derecho colectivo garantizado. No ha de ser una trampa burocrática donde nunca sepas si conseguirás los servicios a tiempo o cuando los necesitas. Deber ser, además, una lógica flexible, diferente, que permita que la atención realmente esté centrada en la persona, en su autonomía personal. (Marta Riba, En Comú Podem, Parlament de Catalunya, C182)

El limbo de la dependencia

El limbo de la dependencia en que quedan muchas de las personas que han obtenido una valoración favorable a recibir prestación pero que tardan en recibirla, es también objeto de debate político. Raúl Moreno (C222), diputado del Partido de los Socialistas de Cataluña (PSC) en el Parlament de Catalunya, subraya que la lista de espera catalana es la más alta del Estado, un dato que constata que no se ha realizado una buena gestión del sistema. Pone como ejemplo la Comunitat Valenciana que, pese a las dificultades de financiación, sí ha conseguido reducir las listas de espera:

> En el caso de Cataluña, como, desde nuestro punto de vista, no ha hecho los deberes de intentar buscar, dentro de las dificultades económicas que, insisto, han tenido todas las comunidades autónomas… Nuestra lista de espera en estos momentos es la más alta de España y somos los que estamos tardando más en reducirla. Si vamos al ritmo actual, vamos a necesitar 16 años para dejar esta lista a cero. Por lo tanto, es muy desesperada la situación aquí. (Raúl Moreno, PSC Parlament de Catalunya, C222)

La financiación y el copago

La LAPAD planteaba que el 50% de la financiación de las prestaciones de atención a la dependencia que preveía la ley serían financiadas por el Estado que transferiría este dinero a las comunidades autónomas. El real decreto de 2012 condujo a recortes presupuestarios que debilitaron la financiación de la LAPAD por parte del Estado, lo que repercutió en la capacidad de las comunidades autónomas para asumir las prestaciones. Santi Rodríguez (C206), diputado del PP en el Parlament de Catalunya, insiste en que la afirmación de que el Estado aporta tan solo el 17% del gasto de la dependencia es un mito porque el Estado completa el 50% de la financiación comprometida, con aportaciones presupuestarias no finalistas: "(...) Por esto me refiero a este mito del 17% de aportación del Estado. Finalista sí, pero con la no finalista, sí que se llega al 50%. Hay estudios del Tribunal de Cuentas que lo ponen perfectamente de manifiesto".

Las comunidades autónomas y los propios usuarios mediante el sistema de copago acaban de financiar las prestaciones del SAAD, por lo que el debate sobre la reducción de la aportación del Estado es muy relevante, pues deja a las comunidades autónomas como responsables de la mayor parte de las aportaciones. Raúl Moreno (C222), diputado del PSC en el Parlament de Catalunya, remarca el déficit de financiación del Estado y pone el acento en el esfuerzo de las comunidades autónomas y de los ayuntamientos en asumir la atención a la dependencia: "En estos momentos 8 de cada 10 euros los están pagando las comunidades autónomas, la gran mayoría de ellas. Por lo tanto, aquí hay una falta de inversión del gobierno del Estado".

El Real Decreto 20/2012 modificó también el régimen de copago, incrementando el importe del copago de los usuarios (MONTSERRAT, 2017). Los criterios para el copago los establecen las comunidades autónomas, Marta Ribas (C182), diputada en el Parlament de Catalunya por En Comú Podem, se refiere a que, en Cataluña, el incremento del copago a las familias ha permitido a la Generalitat destinar menos presupuesto al SAAD y dejar de enfrentar el aumento de la demanda de prestaciones:

> (…) con el tema del copago yo también llevo años denunciando (...) que el Estado ha recortado recursos de la dependencia cuando los tendría que haber incrementado. (…) Buena parte del incremento no lo ha puesto la Generalitat, sino que lo han aportado las familias a partir del copago que es lo que sí se ha incrementado de una forma brutal en los últimos años. (Marta Riba, En Comú Podem, Parlament de Catalunya, C182)

1.7. CONCLUSIONES

Las fórmulas de proveer cuidados y las estrategias que se han seguido para su protección social basculan en el desequilibrio de una estructura demográfica envejecida a causa del aumento de la esperanza de vida. Desde la Administración pública esta situación ha intentado solventarse a través de la aplicación de leyes destinadas a los cuidados de larga duración. Tal es el caso de *Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de Dependencia* (LAPAD) que en el año 2007 entró en vigor para afrontar los requerimientos de provisión de atención personal. Sin embargo, quince años después de su puesta en marcha todavía presenta incógnitas sobre su financiación y ofrece síntomas de agotamiento en los recursos públicos que inicialmente se habían definido.

El aumento de la longevidad se complementa además con una caída de la natalidad y un incremento de mujeres que desean no tener hijos (un 15,5% de las mujeres de entre 18-55 años). Estos cambios reproductivos están vinculados a otras relevantes transformaciones sociales como la privatización de la sexualidad (alejada de la reproducción) y la individualización de las relaciones humanas. Sin embargo, la ausencia de apoyo institucional a la conciliación

laboral y familiar, así como la precariedad económica son las principales razones aducidas por las mujeres que han decidido limitar su número de hijos e hijas a menos de los deseados. Una de cada cinco mujeres ha tenido menos hijos de los deseados. Aunque sigue siendo mayoritario el número de mujeres que desean tener criaturas, las mujeres de menos edad presentan elevados porcentajes de infecundidad deseada, los cuales además crecen aceleradamente a escala generacional. El 27,0% de las menores de 25 años declaran desear no tener ningún hijo o hija mientras que el 24% de las mujeres nacidas en 1970 no ha tenido ningún hijo o hija frente al 15% de las que han nacido entre 1950-1959.

Todos los datos indican que la principal fuente de provisión de cuidados se encuentra en la parentela. La familia es la responsable de la sostenibilidad de la vida y de su supervivencia en los momentos más frágiles. En el 88,1% de los hogares que requieren cuidados de larga duración, estos son realizados por alguien de la familia y cuando hablamos de parientes nos referimos especialmente a las mujeres. Ellas son las principales cuidadoras tanto de las personas adultas mayores como de las más pequeñas de los hogares, aunque se vislumbran cambios. Los hombres se están incorporando a los trabajos de cuidados, pero lo hacen, sobre todo, cuando estos se dirigen a personas de edad avanzada. Es ahí, cuando el cuidador principal es un hombre de la familia en el 26,5% de las situaciones. También es para el cuidado de las personas más mayores cuando se externaliza y se contrata en el mercado la asistencia personal. Un 7,8% de los hogares con esta demanda cuenta con una persona contratada para realizar estas tareas. Ahora bien, las cifras cambian cuando la persona que requiere atención es menor de tres años. En estos casos, las madres se convierten en las vigilantes y protectoras, la presencia del mercado se reduce al mínimo y aunque los hombres están cobrando presencia, la crianza es una etapa feminizada: el 80,2% de las cuidadoras principales de los infantes son mujeres.

En otro orden de cuestiones, y en términos de generación de empleo remunerado, la satisfacción de las necesidades de cuidado ha tenido una gran repercusión. Tantos los datos de afiliación a la Seguridad Social como las estimaciones realizadas a partir de la EPA señalan al sector como un yacimiento relevante de empleo. Durante la última década, el peso del sector, medido como porcentaje de afiliados y afiliadas a la Seguridad Social en las actividades relacionadas con el cuidado y la asistencia personal con respecto al total de personas afiliadas en España, ha aumentado un 0,8%, situándose en el 3,8% en 2020. El crecimiento del empleo en el sector presenta algunas características clave. La más significativa es que el cuidado en establecimientos residenciales, aunque en crecimiento, está dejando paso, en términos relativos, a la asistencia sin alojamiento. De acuerdo con las estimaciones realizadas a partir de la EPA, el empleo en asistencia residencial pasó de constituir el 73,3% del total del empleo en el sector en 2015, al 69,8% en el año 2019. Segundo, el sector privado, que siempre ha tenido un papel muy relevante, ha visto crecer aún más su participación hasta llegar a ocupar casi el 83,1% de las personas que trabajan en el ámbito del cuidado y la dependencia. Estos datos indican que se está consolidando un modelo de cuidado en el que prevalece la contratación privada, cada vez más fuera de los centros residenciales y más centrada en los domicilios.

Respecto a las cifras de la EPA, estas nos permiten acercarnos a la composición demográfica de las trabajadoras del cuidado social. Sus datos señalan que en el año 2020 trabajan en el ámbito del cuidado social algo más de 684 mil personas, de las cuales, el 95,5% son mujeres y el 51,6% han nacido en el extranjero. El 19,9% de las mismas son auxiliares de enfermería en residencias, el 13,5% son cuidadoras y auxiliares de los servicios sociales sin alojamiento y el 66,3% trabajan contratadas como empleadas de hogar en el servicio doméstico. De esta manera, el servicio doméstico es una ocupación muy relevante a la hora de considerar el empleo vinculado al ámbito de la dependencia. Aunque no se le haya dado la suficiente visibilidad, la gran mayoría de las personas contratadas por los hogares como servicio

doméstico desempeñan algún empleo que, de forma directa o indirecta, se puede enmarcar en la atención y el cuidado personal. Es importante tener en cuenta esta circunstancia dado que la Seguridad Social estima que están contratadas por los hogares alrededor de 381 mil personas y la EPA ofrece la cifra de 595 mil trabajadoras. Los datos disponibles no permiten cuantificar con exactitud cuántas de estas personas desempeñan tareas de cuidado y atención.

La LAPAD, supuso un desarrollo positivo de la protección social, aunque haya mostrado severas dificultades para su implementación a consecuencia de la crisis económica y financiera del año 2008. Su desarrollo ha sentado las bases de un sistema de atención a la dependencia que ha avanzado en los derechos reconocidos a este colectivo con respecto a la situación existente con anterioridad a su aprobación.

Del análisis realizado hemos extraído una serie de conclusiones relativas al modo en que se ha implementado el SAAD en las comunidades autónomas analizadas:

1. El SAAD se ha desplegado de forma diferencial en las comunidades autónomas porque el esfuerzo presupuestario y la ideología política de los Gobiernos autonómicos son determinantes respecto del modelo asistencial, el grado de universalización de la cobertura y la eficacia de la gestión (lista de espera). En 2006, cuando se redacta la LAPAD, se concibe como un sistema garantista y homogéneo en el territorio español; pero tras 15 años de vigencia observamos que quedó sometido a la voluntad política y a las inestabilidades y tensiones económicas coyunturales. Es, por lo tanto, un sistema inestable y productor de profundas asimetrías territoriales. Un ejemplo paradigmático del marcado deje político de la implementación del sistema es el País Vasco, donde son las diputaciones forales las administraciones que organizan el sistema de la dependencia y que inciden en unas u otras prestaciones en función del color político del partido o coalición de gobierno. En la Comunitat Valenciana también impactó el cambio en el color político de su gobierno que se produjo en 2015 y que supuso el incremento presupuestario del SAAD, el aumento de las personas beneficiarias y la reducción de las listas de espera. Si bien también existen diferencias en los otros pilares del Estado de bienestar como son la salud, la educación o la protección de la seguridad social; en el caso de los servicios sociales, la implementación del SAAD produjo un avance en derechos, pero sin consolidar un sistema universal que se adapte a las necesidades específicas de las personas dependientes. Por lo tanto, para transformar el sistema es imprescindible replantear el volumen de financiación, un debate sobre el modelo de atención y un sistema que garantice los derechos ciudadanos.
2. El sistema, por lo tanto, está infra-financiado desde el inicio y cualquier crisis lo hace mucho más vulnerable, no pudiendo atender las nuevas demandas. Es un sistema que se sostiene gracias a conceder las ayudas mínimas posibles, con el mínimo personal. Por ello, las crisis económicas o los periodos políticos que ponen barreras e incrementan las listas de espera tienen una mayor afectación sobre la capacidad de recuperación del sistema en los momentos de expansión; atender las solicitudes atrasadas dificulta la atención de las nuevas, impidiendo darles una respuesta favorable en tiempo y forma. Como no hay estabilidad, el sistema se vuelve incapaz de garantizar el derecho al cuidado de las personas dependientes. Y el funcionar a mínimos somete al SAAD a los factores de incertidumbre externa. Ahora, es de esperar que el impacto de la crisis pandémica tenga efectos de mediano y largo plazo, sobre todo por la modificación de las necesidades de las personas dependientes y la aparición de nuevos problemas. Existen indicios para afirmar que se producirá un incremento de la demanda de atención en los servicios sociales comunitarios para reformular los PIA por la transformación de las situaciones de dependencia que produjo la covid. Reforzar, por ello, los servicios, parece ser una cuestión fundamental.

3. La inestabilidad del sistema podemos evidenciarla en la evolución de las prestaciones concedidas ya que se observa una evolución profundamente marcada por la crisis económica en todas las comunidades autónomas y luego, por el decreto de 2012 que recortó las prestaciones y dificultó las condiciones de acceso a ellas. A una etapa de despegue y consolidación que llega hasta 2012, le sigue otra etapa de claro retroceso, entre 2012 y 2015, momento en el que da inicio una recuperación que se sostiene al alza, sin grandes altibajos, hasta 2020. No obstante, la comunidad autónoma del País Vasco, con un sistema de financiación propio, escapa a la etapa de retroceso, y solo sufrió un ciclo de dos años de estancamiento (entre 2010 y 2011), sin llegar a retroceder significativamente en el número de beneficiarios.
4. En la mayoría de las comunidades autónomas analizadas, la lista de personas que tienen el derecho reconocido (porque han sido valoradas con algún grado de dependencia) pero que están a la espera de que se concrete su prestación es extensa, excepto en el País Vasco donde es prácticamente inexistente. Cataluña, ha llegado a tener en espera (2016) a más del 40% de personas beneficiarias y actualmente tiene en este limbo de la dependencia a casi el 30%. Se trata de la comunidad autónoma con un número y un porcentaje mayor de personas en espera y que no consigue reducir la lista de forma significativa, un tema que, como hemos visto, es objeto de debate político. Le sigue Andalucía, en número y porcentaje de beneficiarias en espera, aunque en el caso de esta comunidad autónoma sí existe una tendencia clara al descenso. Tanto Galicia, como la Comunitat Valenciana (esta comunidad autónoma de una forma muy notoria) han reducido mucho la lista de espera desde 2015, año en que se producen los picos máximos en sus limbos de la dependencia.
5. A través de los testimonios de quienes gestionan recursos hemos observado que existe consenso en que las personas con dependencia tienen preferencia por vivir esta etapa en su hogar habitual o en el entorno de residencia de personas conocidas o familiares. Además, que las plazas de residencia son comparativamente caras e insuficientes. En una gran proporción, se trata de centros privados que conciertan plazas públicas con la Administración. El porcentaje del recurso residencial respecto al total de prestaciones concedidas tan solo se incrementa en Cataluña, una comunidad autónoma donde el sistema privado concertado por la Administración está muy desplegado. En Andalucía el porcentaje se ha mantenido bastante invariable desde 2008, en cambio en Galicia y en el País Vasco se ha reducido significativamente, y más levemente en la Comunitat Valenciana (donde ha crecido la PECEF). El gran impacto de la covid en el modelo de cuidado residencial provocará un replanteamiento del mismo y, sin duda, un mayor impulso de las prestaciones que faciliten el cuidado en el hogar que ya era una tendencia antes de la pandemia puesto que la plaza de residencia es la prestación más costosa para la Administración.
6. La falta de articulación entre los servicios sociales y el sistema de salud es una de las debilidades del sistema SAAD que ha dejado en evidencia la pandemia y que se repite en varias de las comunidades autónomas analizadas. Es también uno de los temas presentes en el debate político alrededor de la LAPAD. No obstante, también se ha cuestionado el modelo residencial aséptico e impersonal, porque una residencia desprovista de elementos materiales (muebles y todo tipo de objetos) que proyecten la personalidad de quien lo habita, es un NO LUGAR, un espacio que no invita a recrear el proyecto vital. Por lo tanto, la articulación sociosanitaria requiere diferenciar necesidades y tener en cuenta que la vida ha de merecer ser vivida. Sin duda será una de las cuestiones en las que se deberá actuar en el futuro próximo. Andalucía destaca por haber realizado un esfuerzo de conexión entre el sistema social y el de salud de manera que, en el sistema de valoración del SAAD, no es necesario que las personas solicitantes tramiten un informe de salud con su médico de

familia. No obstante, la articulación debe ir más allá de la simplificación de los trámites para derivar en un abordaje interdisciplinar real de las situaciones de dependencia.

7. Todas las comunidades autónomas conceden más prestaciones y servicios para atender a las personas dependientes en el propio domicilio, mientras que los recursos que externalizan el cuidado en centros (residencias y centros de día) son menos utilizados. No obstante, existe una importante lista de espera, por motivos diferentes, relacionada con los centros de día y las residencias. Se observa una gran escasez de centros de día, que suelen articularse muy bien con el cuidado en el ámbito familiar, permitiendo «un respiro» a quienes cuidan en los domicilios, principalmente las mujeres. Mientras que la internación en un recurso residencial, siendo la última opción entre las alternativas disponibles de cuidado, suele tener también una gran demanda, ya que no existen unas prestaciones públicas adaptadas para el cuidado en el hogar de grandes dependientes cuya familia ya no puede (por agotamiento u otras circunstancias) seguir cuidando. La PECEF es la más significativa y ha tendido a disminuir en algunas comunidades autónomas (Galicia), mientras en otras ha aumentado de manera notable, como es el caso de la Comunitat Valenciana, donde se ha canalizado el incremento de personas beneficiarias hacia un tipo de prestación que contribuye a la familiarización y generización del cuidado.

8. El resto de los recursos vinculados a la prestación de los cuidados en el propio domicilio, como el servicio de teleasistencia y el SAD, resultan muy insuficientes. Tan solo en el País Vasco, y más en concreto en Gipuzkoa, se ha desarrollado un servicio de asistencia personal que pretende ser un recurso mucho más amplio y centrado en las necesidades de las personas cuidadas. El fomento de las prestaciones económicas vinculadas al servicio, las residencias y el servicio de ayuda a domicilio, favorece la libre elección de la persona beneficiaria respecto a cómo desea ser cuidada, pero son más costosas para la persona usuaria porque está sometido al régimen de copago y, de entrada, al ser una contratación privada, está sujeta a las reglas del mercado y, por tanto, no es posible un seguimiento público de su calidad. De forma indirecta, como un efecto no deseado de la escasa intensidad de los recursos y de los costosos servicios privados, el SAAD podría llegar a convertirse en un sistema residual, dirigido a la población con recursos muy escasos, que expulsa del sistema a las clases medias al ser más económico para ellas la mercantilización de la asistencia mediante el servicio doméstico.

9. La debilidad financiera estructural a la que hacíamos referencia ha favorecido la concesión de la PECEF y la expansión del copago en los diferentes servicios. En tres de las comunidades autónomas analizadas, la PECEF es la prestación mayoritaria: Comunitat Valenciana, Cataluña y País Vasco. Pero el cuidado familiar necesita del apoyo de las políticas públicas más allá del reconocimiento económico del cuidado que se preste en este ámbito. Esto implica un replanteo profundo del modelo de atención en el domicilio, para que no esté necesariamente centrado en una persona cuidadora familiar. Inclusive, si así fuera (aunque a medio término será inviable como regla general), debería combinarse con otras prestaciones (SAD, centros de respiro); resaltando, además, que existen otras opciones para la permanencia de una persona dependiente en el domicilio que consiste en crear una malla de cuidados de tipo profesional y que se estudiarán en otros capítulos. Aquí hemos querido señalar que el modelo de cuidados basado en el esfuerzo de la familia, sobre todo de las mujeres, no es sostenible en un futuro próximo debido a los cambios sociodemográficos que ya se han producido. No obstante, no existe una reacción política o administrativa-profesional que tome en serio estos cambios y el modelo de intervención social en la atención a la dependencia sigue centrado en el cuidado familiar cuasi exclusivo, aunque por los datos analizados no será una vía futura para sostener la vida.

1.8. BIBLIOGRAFÍA

AGENCIA DE SERVICIOS SOCIALES Y DEPENDENCIA DE ANDALUCÍA (2018): *Informe Ejecutivo 2018*, Enlace.

ASOCIACIÓN DE DIRECTORES Y GERENTES DE LOS SERVICIOS SOCIALES (2020): *XX Dictamen del Observatorio*, Enlace.

AYUSO, Luis (2019): "Nuevas imágenes del cambio familiar en España", *Revista Española de Sociología*, 28.

BARRIGA Luis; BREZMES, María; GARCÍA, Gustavo y RAMÍREZ, José (2010): *Desarrollo e implantación territorial de la Ley de Promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia. Informe de Evolución de la Ley cuatro años después*, Asociación Estatal de Directoras y Gerentes de Servicios Sociales, Enlace.

BECKER, Gary S. (1965): "A Theory of the allocation of time", *Economic Journal*, 75, 299, 493-517.

BELLÁN, Antonio; AYALA, Alba y PUJOL, Rogelio (2017): *Un perfil de las personas mayores en España, 2017. Indicadores estadísticos básicos*, Madrid, CSIC.

BOFILL-POCH, Sílvia (2018): "Changing moralities: rethinking elderly care in Spain", *The Australian Journal of Anthropology*, 29, 2, 237-249.

BONGAARTS, John (2003): "Completing the fertility transition in the developing world: the role of educational differences and fertility preferences", *Population Studies*, 57, 3, 321-335.

BRINTON, Mary; BUENO, Xiana; OLÁH, Livia y HELLUM, Merete (2018): "Postindustrial fertility ideals, intentions and gender inequality: a comparative qualitative analysis", *Population and Development Review*, 44, 2, 281-309.

CARRASCO, Cristina (2016): "Sostenibilidad de la vida y ceguera patriarcal: una reflexión necesaria", *Atlánticas: Revista Internacional de Estudios Feministas*, 1, 1, 34-57.

CASTRO-MARTÍN, Teresa (2013): "Fecundidad bajo mínimos en España: pocos hijos, a edades tardías y por debajo de las aspiraciones reproductivas", en Gøsta ESPING-ANDERSEN (coord.), *El déficit de natalidad en Europa. La singularidad del caso español*, Barcelona, Obra Social La Caixa, 48-88.

— y ROSERO-BIXBY, Luis (2011): "Maternidades y fronteras. La fecundidad de las mujeres inmigrantes en España", *Revista Internacional de Sociología*, 69, 1, 105-137.

CENTRO DE INVESTIGACIONES SOCIOLÓGICAS (2014): *Cuidados a Dependientes (estudio nº 3009)*, Enlace.

— (2014): *Opiniones y Actitudes sobre la Familia II (estudio nº 3032)*, Enlace.

COMAS-D'ARGEMIR, Dolors (2015): "Los cuidados de larga duración y el cuarto pilar del sistema de bienestar", *Revista de Antropología Social*, 24, 375-404.

COSTA-FONT, Joan (2010): "Devolution and welfare reform: long-term care in the 'Latin Rim', *Social Policy & Administration*, 44, 4, 481-494.

DEUSDAD, Blanca; COMAS-D'ARGEMIR, Dolors y DZIEGIELEWSKI, Sophia (2016): "Restructuring long-term care in Spain: the impact of the economic crisis on social policies and social work practice", *Journal of Social Services Research*, 42, 2, 246-262.

DÍAZ, Magdalena y MARTÍNEZ-BUJÁN, Raquel (2018): "Mujeres migrantes y trabajos de cuidados: transformaciones del sector doméstico en España", *Panorama Social*, 27, 105-118.

EICHLER, Margrit (1991): *Nonsexist research methods: A practical guide*, London, Routledge.

ESCOBAR, Aidee; GIL, Pili; MONTOYA, Lyudmila; QUINTANA, Liz; FERNÁNDEZ, Riosby; RUGAMAS, Silvia y ROCO, Josefina (2018): *Trabajadoras no domesticadas. Diagnóstico participativo y plan de acción integral*, Bilbao, MunduBat, Enlace.

ESPING-ANDERSEN, Gøsta y BILLARI, Francesco (2015): "Re-theorizing family demographics", *Population and Development Review*, 41, 1, 1-31.

ESTEVE, Albert; DEVOLDER, Daniel y DOMINGO, Andreu (2016): "La infecundidad en España: tic-tac, tic-tac!!!", *Perspectivas Demogràfiques*, 1, 1-4.

FARRIS, Sara (2015): "Migrants' regular army of labour: gender dimensions of the impact of the global economic crisis on migrant labor in Western Europe", *Sociological Review*, 63, 1, 121-143.

FUNDACIÓN FOESSA (2018): *VIII Informe sobre exclusión y desarrollo social en España*, Enlace.

GARCÍA, Juan (2015): *La transformación de la longevidad en España de 1910 a 2009*, Madrid, CIS.

GENCAT (2019): *Mapa de Serveis Socials del Gencat*, Enlace.

GÓMEZ, Marta; HERNÁNDEZ, Javier; MARTÍN, Eva. M. y SOSVILLA-RIVERO, Simón (2012): "La atención a la dependencia: estimaciones del gasto presupuestario y de sus efectos macroeconómicos", *Presupuesto y Gasto público*, 66, 127-148.

GRANDE, Rafael y DEL REY, Alberto (2017): "La fecundidad de las mujeres latinoamericanas y caribeñas en España: ¿adaptación, mantenimiento o interrupción?", *Papeles de Población*, 92, 39-64.

HAKIM, Catherine (2005): *Modelos de familia en las sociedades modernas*, Madrid, CIS.

INSTITUTO DE MAYORES Y SERVICIOS SOCIALES (2010): *Encuesta Mayores 2010*, Enlace.

— (2020a): *Monitorización de la Mortalidad en el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD)*, Enlace.

— (2020b): *Informe trimestral de empleo en Servicios Sociales (Datos del 2º trimestre de 2020)*, Enlace.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA (2018): *Encuesta de Fecundidad, 2018. Avance de resultados*, Enlace.

IZQUIERDO, Antonio y MARTÍNEZ-BUJÁN, Raquel (2019): "La sociedad desordenada e insegura. ¿Cuáles son los principales riesgos sociales a los que nos enfrentamos?", en Guillermo FERNÁNDEZ (coord.), *VIII Informe sobre exclusión y desarrollo social en España*, Fundación FOESSA, 99-204, Enlace.

JABBAZ, Marcela (2014): "La racionalidad y la sostenibilidad como figuras míticas en el desmontaje del sistema público de servicios sociales", *TS Nova: Trabajo Social y Servicios Sociales*, 10, 2, 55-69.

JIMÉNEZ, Emilia (2015): *Proyecto Elaia, tan pionero como desconocido. Viviendas adaptadas para personas mayores*, TFG, Valencia, Universitat de València.

LEE, Ronald y MASON, Andrew (2011): *Population aging and the generational economy: a global perspective*, Oxon, Marston Book.

LOS MOLINOS AGRUPACIÓN DE DESARROLLO (2017): *La mujer inmigrante en el servicio doméstico. Análisis de la situación laboral e impacto de los cambios normativos*, Madrid, Asociación AD Los Molinos.

MACARRÓN, Alejandro (2010): "Falta el invierno demográfico en el manifiesto", *Expansión.com* (25 de noviembre), Enlace.

MACINNES, John y PÉREZ-DÍAZ, Julio (2009): "The reproductive revolution", *Sociological Review*, 57, 262-284.

MANDEL, Hadas (2009): "Configurations of gender inequality: the consequences of ideology and public policy", *British Journal of Sociology*, 60, 4, 693-718.

MARBÁN, Vicente (2019): *El sistema español de atención a la dependencia. Entre la regresión y las reformas*, Fundación FOESSA, Enlace.

MARTÍNEZ-BUJÁN, Raquel (2011): "La reorganización de los cuidados familiares en un contexto de migración internacional", *Cuadernos de Relaciones Laborales*, 29, 1, 93-123.

— (2014): "Los modelos territoriales de organización social del cuidado a personas mayores en los hogares", *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 145, 99-126.

MARTÍNEZ-SERRANO, Enrique (2014): "¿Es todavía posible un sistema de dependencia como motor económico y de empleo?", *Actas de la Dependencia*, 11, 29-56.

MCDONALD, Peter (2013): "Social foundations for explaining fertility: gender equity", *Demographic Research*, 28, 34, 981-994.

MEIL, Gerardo (2011): *Individualización y solidaridad familiar*, Barcelona, Obra Social La Caixa.

— ; ROGERO-GARCÍA, Jesús y ROMERO-BALSAS, Pedro (2018): "Grandparents' role in Spanish families' work/life balance strategies", *Journal of Comparative Studies*, 49, 2, 163-177.

MINISTERIO DE DERECHOS SOCIALES Y AGENDA 2030 (2020): *Documento técnico de Recomendaciones de Actuación desde los Servicios Sociales de Atención Domiciliaria ante la crisis por Covid-19*, Enlace.

MONTSERRAT, Júlia (2015): "El desarrollo de la LAPAD: propuestas para el futuro", *Documentación Social*, 177, 181-208.

— (2017): "Avaluació del desplegament de la Llei de la dependència. L'impacte del RDL 20/2012 en la Llei de Promoció de l'Autonomia Personal i Atenció a les persones en situació de dependencia", en AA.VV., *Atenció a la gent gran dependent a Osona: on estem i cap on avancem*, Fundació Antiga Caixa Manlleu, 13-24.

— (2019): "Sostenibilidad del sistema de atención a la dependencia", *Papeles de Economía Española*, 161, 164-185.

MORENO-COLOM, Sara (2019): "El desafío de género en los cuidados de la vejez. ¿Riesgo u oportunidad social?", *VIII Informe FOESSA sobre exclusión y desarrollo social en España*, Fundación FOESSA, Enlace.

MORENO, Almudena (2015): "De la familia de un sustentador económico a la familia de doble ingreso", en Cristóbal TORRES (ed.), *España 2015*, Madrid, CIS, 315-320.

— ; ORTEGA, Marta y GAMERO-BURÓN, Carlos (2017): "Los modelos familiares en España: reflexionando sobre la ambivalencia familiar desde una aproximación teórica", *Revista Española de Sociología*, 26, 2, 149-167.

MOVIMIENTO ANDALUZ EN DEFENSA DE LAS PENSIONES PÚBLICAS y FEDERACIÓN DE ORGANIZACIONES ANDALUZAS DE MAYORES (2021): *Residencias de Mayores en Andalucía, COVID-19,* Enlace.

ORGANIZACIÓN PARA LA COOPERACIÓN Y EL DESARROLLO ECONÓMICOS (2019) *Health at a Glance: OCDE Idicators*, Paris, OCDE Publishing, Enlace.

PÉREZ-OROZCO, Amaia (2014): *Subversión feminista de la economía: aportes para un debate sobre el conflicto capital-vida*, Madrid, Traficantes de Sueños.

PFAU-EFFINGER, Birgit (2014): "Nuevas políticas para cuidados en el hogar en los Estados de Bienestar Europeos", *Cuadernos de Relaciones Laborales*, 32, 1, 33-48.

PUGA, Dolores (2019): *El envejecimiento, un triunfo de la sociedad cuestionado por la falta de vínculos*, Fundación FOESSA, Enlace.

RODRÍGUEZ-CABRERO, Gregorio (2012): "La Ley de la Dependencia: ¿una oportunidad perdida en el desarrollo de los derechos sociales?", *Gaceta sindical: reflexión y debate*, 19, 319-338.

SCOTT, Jacqueline y BRAUN, Michael (2006): "Individualization of family values?", en Peter ESTER, Michael BRAUN y Peter MOHLER (eds.), *Globalization, Value Changes and Generations*, Brill Academic Publishers, 61-87.

SEGURIDAD SOCIAL (2020): *Sistema Especial para Empleadas de Hogar*, Enlace.

SOBOTKA, Tomáš y BEAUJOUAN, Éva (2014): "Two is best? The persistence of a two-child family ideal in Europe", *Population and Development Review*, 40, 3, 391-419.

TOBÍO, Constanza; AGULLÓ TOMÁS, María; GÓMEZ, María y MARTÍN PALOMO, María (2010): *El cuidado de las personas. Un reto para el siglo XXI*, Barcelona, Obra Social La Caixa.

TORNS, Teresa; BORRÀS, Vicent; MORENO, Sara y RECIO, Carolina (2014): *Nuevas profesiones para la organización social del cuidado*, Enlace.

VALIENTE, Celia (2010): "The erosion of 'familism' in the Spanish Welfare State: childcare police since 1975", en Mimi AJZENSTATDT y John GAL (eds.), *Children, gender and families in Mediterranean Welfare States*, London, Springer, 129-142

VEGA-SOLÍS, Cristina y MARTÍNEZ-BUJÁN, Raquel (2017): "Explorando el lugar de lo comunitario en los estudios de género sobre sostenibilidad, reproducción y cuidados", *Quaderns-e de l'Institut Català d'Antropologia*, 22, 65-81.

VIDAL-COSO, Elena y MIRET, Pau (2017): "Características de las madres primerizas y de los padres primerizos en la España del siglo XXI", *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 160, 115-138.

Capítulo 2
Cuidadoras familiares, antes y después de la pandemia

Autoras (Coordinadoras)

Montserrat Soronellas
Marcela Jabbaz

Colaboradoras/es[1]

Xabier Ballesteros Olazábal
Sílvia Bofill-Poch
Marta Candeias
Carlos Chirinos
Herena Coma
Blanca García Peral
Mónica Gil
Nina Navajas
Juan A. Rodríguez del Pino
Samuel Rubio
María Pilar Tudela

[1] Las entrevistas para este capítulo han sido realizadas por Xabier Ballesteros Olazábal, Sílvia Bofill-Poch, Marta Candeias, Carlos Chirinos, Herena Coma, Dolors Comas-d'Argemir, Blanca García Peral, Mónica Gil, Marcela Jabbaz, Raúl Márquez, Nina Navajas, Maria Offenhenden, Juan A. Rodríguez del Pino, Samuel Rubio, Montserrat Soronellas y María Pilar Tudela.

ÍNDICE

CONTENIDO

2.1. Introducción 103

2.2. ¿Cómo se manejan las familias? 104

2.3. ¿Quién cuida? El difícil encaje de las piezas del mosaico de recursos de cuidado 115

2.4. Actividades de cuidado y apoyos. Cambios en la organización del cuidado en las familias como efecto de la pandemia 123

2.5. La irrupción de la pandemia en la vida personal y en la situación económica de las cuidadoras familiares 132

2.6. Salud y cuidados 137

2.7. Valoración del cuidado. Reconocimiento e invisibilidad 148

2.8. Pensando el futuro desde el presente. ¿Qué modelo de cuidados sería deseable? 153

2.9. Conclusiones 158

2.10. Bibliografía 162

TABLAS

Tabla 2.1. Cuidadoras/es familiares. Participantes según perfil y ámbito territorial 105

VIÑETAS

Viñeta 2.1. Dolores, una larga e intensa trayectoria de cuidados 114

Viñeta 2.2. Patricia, en el centro del mosaico de cuidados 122

Viñeta 2.3. Alejandro, el cierre de recursos y el confinamiento como esclavitud añadida 123

Viñeta 2.4. Elisabet, la reorganización familiar del cuidado para preservar la salud 140

Viñeta 2.5. Nina, cuidadora en solitario de su madre, de su padre y de sí misma 143

Capítulo 2

Cuidadoras familiares, antes y después de la pandemia

2.1. INTRODUCCIÓN

En este capítulo abordamos el estudio del cuidado desde el punto de vista de quienes cuidan en el ámbito familiar, siendo las familias el espacio social donde el cuidado se dispensa en su mayor extensión (véase Capítulo 1). El cuidado en los hogares es, como veremos, multifacético (DÍAZ *et al.*, 2016), y en nuestros casos analizados se dirige hacia todo tipo de situaciones de discapacidad y dependencia. Desde aquellas donde apenas existe una merma en las habilidades, hasta otras donde se manifiesta una gran dependencia; unas que se inician por una discapacidad desde edades tempranas, otras que son adquiridas por incidentes o circunstancias en la trayectoria vital; en otros casos la dependencia es producto de la enfermedad, pero también del propio transcurso del tiempo, porque ocasiona la pérdida de capacidades vitales; o por una combinación de circunstancias.

A su vez, quienes cuidan son principalmente mujeres, tienen diferentes edades y se ubican en determinados vínculos familiares que les condicionan. También, quien cuida, casi sin percibirlo, en un momento dado, pasa a necesitar cuidados. Por lo tanto, el cuidado puede entenderse como un proceso complejo y dinámico, donde las necesidades están en transformación, también las expectativas personales. El análisis lo realizamos desde el punto de vista de la persona cuidadora principal (que a veces es un rol compartido), y también desde la constelación de cuidados que incluye a todos los vínculos familiares, amistades, vecindario y agentes sociales públicos y privados que giran en torno a esa díada persona cuidadora y persona cuidada. Este último enfoque nos conecta con las redes de cuidado y el ámbito comunitario. También nos permite hablar de la presencia de un mosaico de cuidados (SORONELLAS y COMAS-D'ARGEMIR, 2017) que es gestionado por las cuidadoras principales, con condicionamientos de clase social y cultural.

El análisis está basado en la realización de entrevistas a personas cuidadoras. En una primera parte, exponemos aspectos metodológicos relacionados con una muestra intencional que busca recoger una gran diversidad de situaciones de cuidados. A través de los testimonios, reflexionamos sobre el contenido del cuidado, sus dimensiones y sus constricciones. Por un lado, describir los aspectos nos permite entender la complejidad del cuidado y, por tanto, reconocer y dar valor a un trabajo no remunerado que apenas es visible socialmente. Por otro lado, nos alejamos de una visión romántica del cuidado para adentrarnos en el cuidado como don y como obligación moral, donde se producen compromisos, negociaciones, conflictos y donde los aspectos patrimoniales que están en juego pocas veces se hablan de un modo abierto. Luego, analizamos la gestión de recursos y relaciones que realizan las personas que cuidan, que hemos denominado el difícil encaje de las piezas del mosaico, donde se han de ensamblar los vínculos con la familia extensa, las redes y las gestiones con el ámbito institucional.

En una segunda parte, nos adentramos en el análisis de las transformaciones producidas en el cuidado a raíz de la pandemia. Una de las consecuencias más impactantes ha sido el retorno a las familias, en el contexto del hogar (nos referiremos a ello como rehogarización y refamiliarización), de muchas actividades de cuidado que eran realizadas por personas externas o por instituciones u organizaciones que dejaron de participar en la provisión de cuidado. El impacto sobre las familias y, específicamente sobre las mujeres, ha sido intenso y, en algunos casos, devastador por la pérdida de apoyos y redes sociales esenciales para el cuidado propio y ajeno. Analizamos también la manera como la pandemia ha provocado cambios en la identidad de los y las cuidadoras familiares, muchas de las cuales son personas

mayores que han descubierto su propia fragilidad durante la pandemia y que, en algunos casos, se han visto en dificultades laborales y económicas.

A continuación, analizamos la salud y los cuidados. En este sentido, observamos el difícil equilibrio llevado adelante durante la pandemia por las cuidadoras en el ámbito de la familia para sostener la salud física, mental y social de las personas cuidadas. Luego identificamos, a través de las narrativas, los malestares y los indicios de consecuencias sobre la salud que perduran tras la pandemia en las personas cuidadoras y cuidadas, tanto en quienes tuvieron la enfermedad como en quienes pudieron soslayarla. También, intentamos recuperar las estrategias y los recursos que activaron para su autoprotección.

Otro aspecto que abordamos es una reflexión en torno a la valoración del cuidado en el ámbito familiar, tanto el provisto por familiares, como aquel cuidado al que se accede mediante ayudas públicas o la contratación en el mercado.

Finalmente, en el punto que denominamos: pensando el futuro desde el presente, intentamos atrapar los pensamientos y reposicionamientos que ha producido la covid respecto de la propia vida y sus expectativas para un futuro no muy lejano en que las personas entrevistadas se verán en la situación de necesitar cuidados. Y con ello, pasamos a conclusiones.

2.2. ¿CÓMO SE MANEJAN LAS FAMILIAS?

2.2.1. QUÉ PERSONAS REQUIEREN CUIDADOS Y QUIÉNES LES CUIDAN

Las personas que requieren cuidados son personas frágiles. En nuestra investigación hemos entrevistado fundamentalmente a cuidadoras de personas ancianas, enfermas o con discapacidades. Son personas que han llegado a un punto de la vejez, de la enfermedad o de la discapacidad en que ya no pueden realizar las actividades de la vida diaria sin el apoyo directo de personas que hagan por ellas todo aquello que ya no pueden alcanzar por sí mismas. Moverse, desplazarse, realizar la higiene personal, ordenar y limpiar los espacios vitales, acudir al médico, gestionar las medicaciones, el dinero, los gastos domésticos, hacer trámites con la administración, son algunas de las actividades que realizamos habitualmente y que parecen inalcanzables cuando la vejez avanza hacia el llamado envejecimiento del envejecimiento (COMAS-D'ARGEMIR, 2016; LONG y HARRIS, 2000). La vejez frágil, a menudo asociada a alguna enfermedad invalidante (alzhéimer, enfermedades cardiovasculares, cardiopatías, párkinson, diabetes…), visibiliza y sobre todo recrudece la situación de interdependencia a la que los seres humanos estamos abocados indefectiblemente para sostener nuestras vidas. En concreto, las personas entrevistadas (cuidadoras familiares) se ocupan de familiares que están afectadas por alzhéimer (14), discapacidad (9), enfermedad crónica (5), y vejez frágil (25).

En total hemos realizado 44 entrevistas a personas cuidadoras, una de las cuales con dos participantes. Asimismo, se realizaron dos grupos focales a cuidadoras familiares compuesto por 7 y 8 participantes respectivamente, algunos de los cuales previamente ya habían sido entrevistados. Estos grupos focales fueron desarrollados en Cataluña, uno de ellos, en el marco de un ciclo de actividades sobre cuidados de larga duración[1], titulado *Cuidado y familia. Compartiendo experiencias con cuidadores y cuidadoras familiares*. Han participado en la

[1] Estos grupos focales se realizaron en el contexto del ciclo de actividades denominado *Envejecimiento y necesidades de cuidado. Una cuestión social y política*. Proyectos de reflexión del Palau Macaya. Fundación bancaria La Caixa. Fueron organizados por los equipos de la Universitat Rovira i Virgili y la Universitat de Barcelona. El ciclo de actividades tuvo lugar entre enero y marzo del año 2021.

investigación un total de 54 cuidadoras/es familiares[2]. Proporcionamos a continuación algunos datos relativos al perfil de dichos participantes. Respecto al lugar de residencia, 10 residen en Andalucía; 1 en Castilla-La Mancha; 1 en Castilla y León; 3 en Madrid; 18 en la Comunitat Valenciana y 21 en Cataluña. El entorno es urbano en 37 casos y rural en 17. Respecto al género, la muestra se compone de 42 mujeres y 14 hombres, de edades comprendidas entre los 22 y los 85 años, que se distribuyen de la manera siguiente: 17 personas de entre 85 y 65 años; 14 entre 64 y 55; 17 entre 54 y 45 años; y 6 personas menores de 44 años. Con respecto a la relación de parentesco con la persona cuidada, 33 son hijos e hijas que cuidan a sus progenitores; 9 son esposas o esposos que cuidan a sus cónyuges; 3 son madres que cuidan a sus hijos o hijas; 3 son hermanas; y 4 son nueras/yernos de las personas cuidadas (la suma es 52 puesto que dos casos no se corresponden con la categoría). La mayor parte de las personas cuidadoras (32) conviven con la persona cuidada en el mismo domicilio; 14 de ellas viven cerca; y en 6 casos las personas cuidadas viven en una residencia geriátrica (dos casos se han contabilizado como Otro porque no se corresponden con la categoría). Por nivel de estudios, 21 cuidadoras tienen estudios primarios; 22 tienen estudios universitarios y 11 secundarios. Respecto a la clase social autopercibida, 15 personas se situaron en la clase media-alta; 30 en la media-baja; 6 en la clase baja y 1 en la clase alta (2 participantes no se pronunciaron al respecto). Las entrevistas han sido anonimizadas, de manera que utilizamos pseudónimos para referirnos a ellas. Algunas fueron presenciales, pero la mayoría se realizaron de forma virtual, atendiendo las preferencias de las personas entrevistadas.

Tabla 2.1. Cuidadoras/es familiares. Participantes según perfil y ámbito territorial

	Total	Mujeres					Otro	Hombres		
		Hijas	Esposas	Madres	Hermanas	Nueras		Hijos	Esposos	Yerno
Dependencias										
Alzhéimer	11	7	-	-	-	-	-	-	3	-
Discapacidad	7	-	-	2	2	-	2	1	-	1
Enfermedad crónica	8	1	1	1	-	1	-	-	4	-
Vejez frágil	28	19	1	-	1	2	-	5	-	-
Total	54	27	2	3	3	3	2	6	7	1
A. Territorial										
Andalucía	10	6	1	-	-	2		1	-	-
Cataluña	21	12	1	-	1	1	2	2	1	1
C. Valenciana	18	5	-	3	2	-		2	6	-
Otras CC.AA.	5	4	-	-	-	-		1	-	-

Sintetizando, el perfil mayoritario de las personas cuidadoras familiares participantes corresponde a mujeres de más de 55 años, de clase media, con estudios primarios o universitarios, que cuidan a sus progenitores, a sus hijos o hijas con discapacidad o a sus cónyuges con quienes conviven, o residen cerca, mayoritariamente en zonas urbanas.

[2] Incluimos al final del informe una tabla con los datos de las personas entrevistadas. Véase Anexo 1, *Tabla A.1.3. Capítulo 2 Cuidadoras familiares. Participantes en las entrevistas.* La tabla contiene los datos de las 45 personas que participaron en las entrevistas individuales. Para los datos de las personas participantes de los grupos focales consultar la sección Grupos Focales del mismo anexo.

2.2.2. EL CONCEPTO DE CUIDADO DESDE LA LÓGICA FAMILIAR

La familia sigue siendo un agente esencial en la provisión de cuidado. A pesar de existir numerosos recursos de cuidado públicos y privados que configuran un sistema de atención complejo, la familia sigue recibiendo de la sociedad el encargo de cuidar de sus miembros. Es así en la vida diaria, cotidiana, pero toma toda su visibilidad cuando se configuran necesidades especiales que derivan en situaciones de (inter)dependencia, como la de las personas adultas dependientes de que nos ocupamos en esta investigación. Los miembros de las familias se relacionan mediante los vínculos de parentesco que, como el género, es una categoría social que ha sido naturalizada en la organización social de los cuidados. Las familias jerarquizan a sus miembros a partir de una estructura según la cual el género, la generación y la posición genealógica se combinan para distribuir las responsabilidades del cuidado de sus miembros. Se producen pues intersecciones entre el género y el parentesco que deben ser analizadas como tales (COLLIER y YANAGISAKO, 1987). El compromiso del cuidado lo reciben prioritariamente las mujeres de la familia que generalmente lo asumen y naturalizan como un deber propio. Cuidar hace género y hace también parentesco (COMAS-D'ARGEMIR y SORONELLAS, 2019). El parentesco se construye y reproduce a través del ejercicio del cuidado, y las formas de cuidar y ser cuidado configuran el parentesco y estructuran las relaciones entre los parientes (BORNEMAN, 1997; CARSTEN, 2000).

Alimentar, proteger, curar y, en definitiva, ayudar a sostener la vida, son elementos constitutivos esenciales del parentesco, obligaciones morales que los miembros de una familia naturalizan como propias. Los cuidados familiares son percibidos por las personas entrevistadas como don y como obligación moral para con sus parientes; también como un compromiso que se negocia con la persona cuidada y con el resto de los familiares involucrados en el trabajo de cuidar; finalmente, el cuidado es percibido también como un espacio donde puede surgir el conflicto y, también, donde interaccionan materialidades que a menudo quedan ocultas bajo la emocionalidad que envuelve el don del cuidado.

2.2.2.1. EL CUIDADO COMO DON Y COMO OBLIGACIÓN MORAL

Al definir el cuidado, las personas participantes en la investigación tienden a ensalzar emociones positivas, recompensas emocionales que están vinculadas al deber y al amor con que nuestra sociedad define las relaciones parentales. Se produce una naturalización de la obligación moral del cuidado familiar. Una mirada que queda muy matizada cuando nos adentramos en la dureza de las actividades del cuidado, en los trabajos sucios y en la descripción de la falta de vida propia. Encarni, por ejemplo, dedica la vida a cuidar a su marido enfermo en fase terminal. En algunos momentos nos relata la dureza de las actividades cotidianas, pero al preguntarle qué es para ella cuidar, refiere tan solo una imagen positiva:

> Yo, para mí, cuidar es lo más hermoso, para mí, y más tratándose de los míos. Bueno y a todo el mundo, yo, no sé… [se emociona]. Aunque yo llegara el día que a mí no me pudieran asistir, pero bueno, lo digo de verdad, lo hago sin… ¿cómo se dice la palabra? No lo sé, es que se me van las cosas, porque... Que yo estoy muy orgullosa, y me acuesto con mi conciencia tranquila y ya está. Para que me hagan… para que tenga recompensa yo, eso es lo que le quiero decir, yo lo hago porque me sale de adentro y ya está. (Encarni, cónyuge, C153).

Las emociones cimientan las relaciones de parentesco y se expresan y materializan en las acciones de cuidado. El cuidado familiar se sostiene sobre una lógica de reciprocidades, de cuidados donados y cuidados recibidos en diferentes momentos del ciclo de vida (COMAS-D'ARGEMIR, 2017). Los cuidados unen a las personas que los intercambian. La contraprestación de cuidados vincula a las personas intergeneracionalmente (hijos, hijas y padres, madres) y establece complicidades entre los miembros de una misma generación (hermanos y hermanas

o entre cónyuges). Las personas participantes relatan haberse socializado en el cuidado familiar.

Entre las personas que requieren los cuidados por parte de las personas entrevistadas están hombres y mujeres que han vivido su vida trabajando en casa, como es el caso de muchas de las mujeres ancianas, o en ocupaciones remuneradas; que han cuidado a los miembros de la familia y que no solo han prodigado cuidados a los hijos e hijas y a sus propios padres ancianos, o a sus esposos, sino que han enseñado a cuidar. A menudo las personas participantes en la investigación nos recuerdan que se habían socializado en situaciones de cuidado familiar; nos explican cómo habían visto a sus madres cuidar en casa a los abuelos ancianos y cómo ellas les habían enseñado a participar en estos cuidados. Este aprendizaje realizado con las personas cuidadas (madres y esposas, fundamentalmente) es la base de la cultura familiar del cuidado que muchos de nuestras informantes identifican como un poso que está en la base de los cuidados actuales. En algunos casos, lo reivindican para reafirmarse en el modelo familiar del cuidado:

> Yo lo vi en casa con mis abuelos. Fue mi madre quien los cuidó, como supongo que sus hermanas también. Y después… la vida te lleva a situaciones que no las buscas, pero te las encuentras. Yo me encontré cuidando a mi suegra, a mi suegro, a mi marido… Soy una persona que me adapto con mucha facilidad a las situaciones. (Assumpta, hija, C177*)[3]

En otras situaciones, cuando las personas cuidadoras barajan opciones de cuidado institucional, haberse socializado con el cuidado familiar les interpela y culpabiliza. Es el caso de Lluc, que padece una cardiopatía y que cuidó a su madre hasta hace unos meses, cuando un ictus la paralizó y la ingresó en un centro sociosanitario porque se sintió incapaz de cuidarla:

> Mi madre ha fallecido, pero no ha sido ni de alzhéimer ni de covid. Ella no entendía por qué no podíamos vernos [en el sociosanitario]. Y bueno, yo ya me he quedado con la culpa de decir: '¿por qué te pusiste tan tozudo con que no la podías cuidar?' (Lluc, hijo, C003*)

Las personas cuidadas son familiares directos (esposas o esposos, padres o madres, suegros, hermanas o hermanos) con quienes las persones entrevistadas se sienten unidas por vínculos estrechos que les interpelan, incluso les obligan a cuidar. El cuidado garantiza la supervivencia, el sostenimiento de la vida de cada uno de los miembros de la sociedad. Las responsabilidades del cuidado se distribuyen desde el género y el parentesco (COMAS-D'ARGEMIR y SORONELLAS, 2019). Sentirse responsable de cuidar es una forma de hacer familia, de ejercer el parentesco. Las actividades del cuidado son materialidades, pero también las emociones son esenciales para entender el cuidado familiar. Ejercer el rol parental es cuidar y cuidar es una obligación moral que se construye desde las reciprocidades y, también, desde las emociones, cuidar es amor, gratitud, compromiso con la persona con quien se ha compartido la vida:

> Con Inma fue una historia de adultos, yo ya tenía casi 40 años, era profesor en la universidad y ella, estudiante. (…) Nos divorciamos y nos fuimos a vivir juntos. Y ella ha sido la mujer de mi vida. Siempre nos hemos querido mucho y nos hemos entendido muy bien. Ha sido mi mujer, mi amiga y, bueno, mi colega. (…) Cuando ella se puso enferma, yo, dado la relación que tenía con ella, le dije: 'Inma, esto lo pasaremos juntos'. (Aloís, cónyuge, C032*)

El cuidado se entiende como una devolución moral y como una responsabilidad. Se plantea como reciprocidad por la lógica familiar, por unos cuidados que estas personas realizaron con anterioridad a los ahora cuidadores. En esta línea se expresa Dolores (hija, C211): "porque es mi familia, es mi tía, es mi madre, ha sido mi padre. Y entonces pues yo no…, es una

[3] Para indicar las citas traducidas del catalán al castellano se usará un asterisco (*) después del código de la persona participante.

responsabilidad que yo creo que tenía para ellos". Esta lectura de los cuidados familiares desde la devolución moral y la responsabilidad, unido a los roles de género asignado a las mujeres en torno a los cuidados, hace que en muchas ocasiones no lo vean como un trabajo.

Otra de las entrevistadas destaca que esta responsabilidad de devolución es especialmente visible con los padres y madres:

> Es que tú lo haces…, la mayoría de las veces tú lo haces con tus padres. O con un familiar que no lo vas a dejar tirado, quiero decir, es que es parte de tu familia y te sientes como obligado, no obligado de mala manera, sino obligado por el lazo familiar. Es que no puede ser de otra manera que atenderlos. (Loinaz, hija, C073)

2.2.2.2. EL CUIDADO COMO COMPROMISO QUE DEBE SER NEGOCIADO

El cuidado también es un compromiso negociado entre cuidadores y personas cuidadas (FINCH, 1989). Para los familiares responsables del cuidado es moralmente importante respetar los deseos de las personas cuidadas respecto a cómo y dónde desean envejecer. Núria y su hermano, tuvieron claro desde el principio que querían respetar las voluntades de sus padres en cuanto a su cuidado:

> En el momento en que los dos fueron perdiendo facultades, hablamos con ellos y ellos decidieron que no querían ir a ninguna residencia, por su forma de entender la ancianidad, por su experiencia. Los abuelos habían estado en casa hasta el final y ellos habían cuidado a su familia. Mi hermano y yo nos habíamos implicado también en el cuidado de los abuelos y decidimos que, si podíamos, les respetaríamos su opción hasta el final. (Núria, hija, C037*)

Los padres de Núria no querían ir a una residencia, e incluso la madre le hubiera gustado ir a casa de uno de los hijos, pero llegaron al consenso de poner los recursos necesarios para que pudieran quedarse en su casa el máximo tiempo posible. Tener la experiencia previa de cuidar a los abuelos ha hecho posible aceptar cuidar a los padres ahora, es un aprendizaje familiar a partir del cual se ha readaptado el cuidado tradicional utilizando los recursos actuales:

> Mi madre, emocionalmente, seguro que hubiese querido venir a mi casa a vivir. Pero ellos [los padres] pusieron límites y nosotros [los dos hermanos] también. [El límite] era que viniesen a vivir a mi casa. A medida que ha cambiado la situación de dependencia, hemos ido adaptando los recursos que han sido necesarios. (Núria, hija, C037*)

La necesidad de poner límites en la relación también es un aspecto relevante por lo absorbente del cuidado, así como la necesidad de seguir viviendo la propia vida. "Esto de respetarles su decisión es un precio que acabas pagando, pero bueno, no sé". Núria percibe que el modelo de cuidado elegido, el envejecimiento en casa, es un desgaste a nivel físico, pero sobre todo emocional. Existe a menudo la sensación de no hacer bien las cosas. Pero a la vez, la obligación contraída se contrarresta con el hecho de saber que en un futuro no cargarás con un sentimiento de culpa por no haber respetado el deseo de los padres, "no te llevas ninguna mochila emocional, haces borrón y cuenta nueva". El desgaste físico y emocional que experimenta es tan absorbente, que ella y su pareja ya preparan su vejez para que su hijo no acarree con la carga del envejecimiento.

Las personas participantes remarcan la necesidad de que el cuidado que se provee permita tener la conciencia tranquila. De nuevo aparece el cuidado como deber moral y el sentimiento de culpa o de recompensa en función de cómo se ejecute:

> Y cuando vive uno esta experiencia o hay estas circunstancias pues las tiene uno que afrontar. Pero yo también pienso que no a lo mejor todo el mundo, ¿no? No sé, vamos, yo no pongo malamente a nadie, ni en mal lugar, pero yo únicamente sé que cuando me acuesto tengo mi

> conciencia tranquila y todas las noches les rezo a mis padres y yo tengo mis…, yo vivo muy feliz y en todos los aspectos. (Encarni, cónyuge, C153)

2.2.2.3. EL CUIDADO COMO CONFLICTO

Cuidar también puede convertirse en conflicto cuando la negociación del compromiso del cuidado se tuerce en desacuerdo entre un grupo de hermanos y hermanas, o cuando el cuidado deviene en una carga percibida como demasiado pesada, o cuando se sienten como abusivas las relaciones entre las personas cuidadas y las cuidadoras. A menudo las personas cuidadoras pueden llegar al límite que consideran admisible en el tiempo, el espacio y la intensidad con que el cuidado invade sus vidas. La convivencia con la persona cuidada y el cuidado extendido a las 24 horas del día puede resultar difícil y despertar conflictos latentes (veremos después que el confinamiento y el cierre de los centros de día han contribuido a ello). Berta, que rehogarizó[4] a su suegra en casa con motivo del estado de alarma, ha expresado muy claramente una situación que tensiona las relaciones familiares:

> [Cuidar a mi suegra] me genera crispación porque no es una persona agradable. No es una persona limpia y hay cosas que no las acepto. Ella debería tener un poco de delicadeza, ya que está en otra casa, que ella cree que es su casa, pero no es su casa. Que sí, que ella puede pensar que está en su casa porque no le hacemos ninguna diferencia, pero se tiene que comportar. Y entonces ha surgido el conflicto de que mi hija se ha marchado de casa porque no puede ser lo que está pasando en casa, no puede ser. (Berta, nuera, C095*)

El cuidado compartido entre grupos de hermanos y hermanas también tensiona las relaciones. La negociación sobre qué responsabilidades y compromisos se asumen o se está dispuesto a asumir provoca tensión y, en algunas ocasiones, un conflicto abierto que deriva en distanciamiento familiar o ruptura de la relación. Assumpta (hija, C177) y sus dos hermanas acordaron que sus padres se trasladasen a la casa de la hermana menor que es la única que vive en el mismo pueblo que los padres. Pero al poco tiempo ellos quisieron regresar a su hogar, una opción que Assumpta apoyó y que provocó el enfado de su hermana y la ruptura de la relación. El confinamiento y, de nuevo, las necesidades del cuidado de los padres, ha provocado la recuperación de la relación entre las hermanas.

La sobrecarga del cuidado puede provocar también un conflicto personal y es entonces cuando aparece en las entrevistas el malestar y la reivindicación de un mayor reconocimiento de la labor realizada por las cuidadoras. En este punto, el cuidado aparece conceptualizado como un trabajo, así nos lo explicaba Josefina:

> Todos los días iguales. Es súper agobiante como yo digo, porque a lo primero bueno, pero ya tantos años, es súper agobiante. Aquí encerrados, todos los días lo mismo. (…) Es el agobio de todos los días, un día, y otro, y otro, todo la misma historia, es que no cambia. Como no cambia y es aquí todo el rato encerrado, todo un día, y otro, son muchos años y entonces cansa, agobia ¿me explico? Pero no por el trabajo. (…) . ¿Qué te acostumbras? Pues sí. Esto es lo que hay, esto es lo que hay, peor estarías en un trabajo que te estén dando voces y peleando y... Como un trabajo, esto es como un trabajo normal y corriente. Muy agobiante, porque tú en tus trabajos descansas tus días de descanso, pero bueno, en este no se descansa, pero ya está. Ni se descansa ni se cobra, como yo digo. (Josefina, nuera, C161)

2.2.2.4. LAS MATERIALIDADES DEL CUIDADO

La existencia de conflicto provoca la visibilización de la materialidad económica del cuidado. El cuidado familiar exige compensaciones, las más habituales están relacionadas con las

[4] Entendemos por rehogarización el inicio de una situación de convivencia con la persona cuidada, la cual residía independientemente de sus familiares cuidadores y pasa a convivir con ellos, en este caso a raíz de la declaración de pandemia.

reciprocidades que se consideran inherentes al cuidado intergeneracional. El cuidado a los progenitores está en la lógica del retorno del cuidado que las hijas y los hijos han recibido. No obstante, también existen compensaciones económicas del cuidado que es difícil que emerjan en las entrevistas por el pudor de las personas participantes a referirse a un tema que constituye un tabú. Las herencias están también dentro de la lógica de la reciprocidad intergeneracional, pero son materialidades que las personas entrevistadas eluden mencionar.

Entre las materialidades del cuidado que sí se mencionaron se encuentra la gestión del dinero disponible para el cuidado. Se aludió a las limitaciones de las pensiones que reciben las personas cuidadas, las referencias a los ahorros familiares y la importancia de gestionarlos bien para afrontar el tiempo que quede de cuidado. Las hijas y los hijos están dispuestos a gastar todos los ahorros de los progenitores para afrontar las necesidades de la vejez, externalizando su cuidado. Existe, por tanto, una renuncia de los hijos e hijas a la herencia de los padres a cambio de externalizar el cuidado y evitar la co-residencia intergeneracional que había sido el modelo que muchos de nuestros informantes han vivido en sus casas en la generación de los abuelos. En las entrevistas surgen con frecuencia referencias a la necesidad de gastar los ahorros de los progenitores para procurarles los cuidados necesarios. También existen muchas otras situaciones en las que hay disponibilidad para la redistribución de los gastos entre los hijos e hijas cuando los ahorros y las ayudas de la administración no son suficientes:

> Claro, las ayudas que ella tenía con el grado I [de dependencia], no me llegaban para poner una persona a ayudarme. (…) La tuvimos que poner en una residencia, pero después tuvimos que alquilar su piso y con esto y su paga, pagar la residencia. También contamos con el dinero que tenía ahorrado. Y con esto fuimos pagando durante dos años, 2.075 euros al mes (…). Llegó un momento que poníamos 100 euros [cada hijo] porque no acababa de llegar la plaza [en la residencia]. (Concha, hija, C128*)

Continuando con las materialidades, también emergen en las entrevistas las referencias a las prestaciones económicas que las cuidadoras familiares reciben del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD). Dolores cuida a su madre con la ayuda de su hermana, en un pueblo de Almería y cobra la prestación, pero afirma que no es suficiente "recompensa" por la dureza de la dedicación total que supone el cuidado de su madre. Dolores no evita hacer referencia también al trabajo sucio (ANDERSON, 2000) que implica el cuidado:

> Pues eso no es suficiente, la verdad. Porque si tú te pones a pensar, las horas… Porque eso era de por la mañana hasta la noche, una mujer dependiente. Porque yo por las mañanas venía y la bañaba, porque yo todas las mañanas era bañarla. Bañarla entera y verla, todo. La cambiaba, le daba el desayuno, tú sabes lo que es darte media vuelta, venir para acá y que se fuera hecho de cuerpo otra vez [que se ha hecho de vientre otra vez]. Ponte, calienta otra vez agua, lávala y cámbiala. Para bañarla la traíamos a peso, mi hermana la cogía de los pies y yo la cogía del cuerpo, y la traíamos de la habitación al cuarto de baño, en peso, las dos. Esto lo que te estoy diciendo entre las dos, la cambiábamos entre las dos, la bañábamos entre las dos. Es lo que te estoy diciendo, esto no estaba remunerado de ninguna clase porque lo que nos daba, pues sí. Pero las horas que tú le echas y para todo lo que tú haces (…). Porque esas personas necesitaban mucho, mucho cuidado. Que no es decir, voy a cuidarla. Es mucho cuidado, es verdad. Yo me acuerdo que cuántas veces la estábamos cambiando, lavándola y que te cayera la mierda en las manos. (Dolores, hija, C210)

2.2.3. LAS ACTIVIDADES DEL CUIDADO, RELACIONES Y TIEMPOS DEL CUIDADO

2.2.3.1. LAS DIMENSIONES DEL CUIDADO

El trabajo de cuidados es complejo y multidimensional, tiene capas más visibles y fácilmente medibles y otras menos tangibles y difíciles de captar. Para visibilizar las actividades que

realizan las personas entrevistadas que llevan adelante cuidados en el ámbito familiar, nos guiaremos por la clasificación que proponen Capitolina DÍAZ *et al.* (2016) que identifican cuatro dimensiones del trabajo de cuidados: la presencia obligada, el cuidado emocional, el trabajo de planificación, supervisión y gestión y, por último, la dimensión del cuidado ejecutado. Las dos primeras resultan menos visibles y por ello son menos reconocidas, pero ello no implica que sean menos importantes. Entre las cuatro dimensiones del cuidado existe una estrecha relación, resultando prácticamente imposible disociarlas.

La presencia obligada implica para los casos de cuidados a personas dependientes con poca movilidad la activación continuada de un estado de alerta que permita la detección de las necesidades cotidianas y el surgimiento de nuevas necesidades como consecuencia del progresivo deterioro de las personas mayores. El estado de alerta empieza cuando los familiares detectan en la persona cuidada los primeros signos de deterioro, lo que es mencionado por algunas de nuestras informantes con la expresión "echar un ojo" y es definido como el punto de inicio de la constatación de la necesidad de realizar una cierta supervisión de las actividades cotidianas de la persona cuidada. Angélica (hija, C129) y Jacinta (hija, C211), por ejemplo, ponen el punto de inflexión cuando su madre empieza a olvidar cómo se hace la comida; dice Angélica: "pues como son mayores, de vez en cuando echarle un ojo, a ver si necesitan algo".

En cuanto a la dimensión del cuidado emocional, está presente independientemente del grado de autonomía que tengan. En cambio, los cuidados de una naturaleza más física son más intensos cuando hay un mayor deterioro físico y cognitivo. En aquellos casos en los que la persona mayor permanece en su hogar y es relativamente autónoma, los cuidados giran, sobre todo, alrededor de lo emocional, del acompañamiento psicológico. Esta dimensión del cuidado se traduce en llamadas telefónicas o visitas relativamente cotidianas a las personas mayores con el fin de compartir un tiempo en el que poder conversar, pasear, jugar a las cartas, etc. Compartir un tiempo de interacción social inmersa en el aprecio y el respeto con el fin de que la persona mayor se sienta acompañada y querida, que no se sienta sola. La situación permite que la persona cuidada reconozca y agradezca el tiempo que se le dedica.

Las personas cuidadoras consideran que la soledad de sus mayores es un riesgo para su salud e influye en su deterioro, por ello consideran que el acompañamiento psicológico o la dimensión emocional del cuidado es un componente muy importante, a pesar de que no el único, para el bienestar de sus familiares. En el caso de estas mujeres mayores que crecieron aprendiendo que su lugar era su hogar y su familia, especialmente cuando son viudas, las visitas familiares cobran especial importancia, el contacto y acompañamiento familiar es vital para ellas. Pero, además de la importancia de este acompañamiento para la salud y el bienestar, estas mujeres, de alguna manera, consideran que el deber, la obligación de sus hijas e hijos, es estar a su lado, acompañarlas y hacerse cargo de ellas en su vejez. Mari destaca la importancia de la compañía de la familia extendida, en especial de nietos y nietas, pero también de las amistades en el cuidado de sus suegros. Lo reflexiona a raíz de la pérdida de esta compañía durante la pandemia y el impacto que ha tenido sobre el bienestar de las personas mayores:

> Ellos estaban más acostumbrados a los hijos y a los nietos. El uno llega 'dame un euro'; el otro 'vengo, que mi hermano no me deja ver la tele' o 'dame un bocadillo porque mi mamá me ha dicho que no puedo comer porque no me he comido las lentejas'. Lo típico de los niños con los abuelos. Entonces ellos notan extraño eso, el que no entren ni salgan. Mi suegro sí que es verdad que lo vemos más desorientado (…). Muchas veces dice: 'pero ¿yo estoy en mi casa? Como diciendo si antes entraban y salían y ahora no entran ni salen nada más que la M., ¿qué pasa aquí?' Ellos se encuentran… (…) porque la gente del pueblo, ya sabes: 'vamos a ir a ver a mi prima'. E iban y echaban un rato. Y ahora dicen 'es que mi prima lleva sin venir…' o 'es

> que no ha venido el panadero y me ha dejado el pan en la puerta colgado. ¿Por qué no ha tocado?'. Todo eso ellos lo notan extraño. (Mari, nuera, C157).

Ahora bien, resultaría erróneo construir una imagen romántica de la dimensión emocional del cuidado. Sus características varían en función de diferentes variables, siendo una de ellas el nivel de autonomía de las personas mayores. Así, en un contexto de mayor deterioro cognitivo como puede ser un caso de alzhéimer, el cuidado emocional resulta mucho más complejo y cansado.

Otra de las dimensiones del trabajo de cuidados es la de planificación, supervisión y gestión de recursos. En este caso, si se convive con las personas dependientes o con discapacidad, sus necesidades se incorporan dentro de la logística general del hogar, aunque existan tareas específicas como la gestión de la atención sociosanitaria que, según el caso, incluye todo tipo de trámites ante servicios sociales y demás administraciones, visitas al médico, la gestión de los medicamentos. También el vínculo con el personal de apoyo si lo hubiere, de centro de día o el centro especial de trabajo o la ayuda a domicilio. Y si no hay convivencia, además de las tareas mencionadas, se podría llegar a sumar, dependiendo de cada situación, la vigilancia de la limpieza si hubiera, por ejemplo, una empleada de hogar, de la ayuda a domicilio, como así también, del aprovisionamiento, en la vivienda de las personas cuidadas.

Núria (hija, C037) se ocupa de los cuidados de su madre junto a su hermano, los dos son profesionales en activo y tienen familia propia. Tienen un mosaico de cuidado complejo en el que la pieza esencial es Dalia, una cuidadora contratada que tiene, desde hace años, toda la confianza de la familia. También disponen del servició de atención domiciliaria (SAD), de una hora al día. Núria y su hermano se ocupan de la gestión y de la planificación de los cuidados de la madre, como se ocuparon del padre hasta que falleció. La gestión implica estar pendiente de todo, de resolver el encaje de las piezas del mosaico, de los trámites con los servicios sociosanitarios y de pensar la forma de cubrir todas las necesidades de cuidado. A ello suman también la realización de las actividades del cuidado directo los fines de semana y durante las horas del día que no quedan resueltas por la cuidadora o por las visitas de familiares y amigos que ellos consideran esenciales para el bienestar de su madre.

Por último, los cuidados ejecutados, con un carácter más visible y físico, se encarnan, en el caso de las personas entrevistadas, en un amplio abanico de actividades. Mientras en la dimensión descrita precedentemente es el trabajo mental de organización, de papeleo y representación, y de supervisión de trabajos de cuidados provistos por profesionales o empleadas de hogar, aquí, en esta dimensión, nos referimos a la ejecución directa del trabajo efectuada por la persona familiar con la persona cuidada. Entre las tareas encontramos la administración de los medicamentos, actividades como pueden ser acostar a la persona dependiente para dormir, levantarla, sentarla en el baño, el aseo personal, prepararle la comida y, en su caso, darle de comer. Las tareas derivadas de la falta de control de esfínteres son mencionadas en diferentes casos por su dureza y el cansancio que generan. En estos casos, las personas participantes no dudan en calificar los cuidados como un trabajo duro y agotador. Por otra parte, es importante remarcar que cuando la movilidad de la persona mayor es limitada, el esfuerzo físico necesario para la ejecución de una parte de estas actividades es considerable y, en consecuencia, cansado:

> Entonces, ahora mismo, por ejemplo, hay que ducharla, hay que ayudarla a vestirse... Ella tiene incontinencia fecal y urinaria. O sea, es una persona dependiente total. Sí que puede andar, pero tiene poco equilibrio, se te cae cada dos por tres.... Entonces cada vez, y según va cumpliendo años, se va viendo mucho más el deterioro. Entonces sí, estás con ella todo el día. (Carmen, hermana, C055)

Además de las actividades incluidas en el cuidado, las personas entrevistadas señalan como una tarea adicional, pero completamente diferente, el incremento del trabajo doméstico que

implica tener a una persona dependiente en el hogar. La diferencia esencial de estas tareas con las anteriores es que no implican una carga emocional.

2.2.3.2. LOS TIEMPOS DEL CUIDADO SON ABSORBENTES

El tiempo del trabajo de cuidados debe conciliarse con el tiempo del trabajo remunerado y con el de la familia propia. Evitar la convivencia con la persona cuidada es la opción que permite reservar tiempo para uno mismo, pero la co-residencia implica estar pendiente de ella las 24 horas del día, lo cual deja sin libertad de movimiento para realizar las actividades personales. Lo destacan todas las personas participantes, especialmente las que han rehogarizado a la persona cuidada por efecto de la pandemia, bien sea por un cambio de domicilio o por el cierre de los centros de día que han dejado en casa a las personas usuarias (lo veremos en el próximo apartado). Dolors, que ya tiene 70 años, lo expresa muy bien cuando se refiere a las implicaciones personales de la situación de cuidado total, la cual se extiende a todas las horas del día y que deja sin vida propia a la persona cuidadora:

> Yo no tengo fuerza suficiente para sostener a mi madre. Esta persona que me ayuda, en cuanto reabran el centro de día se irá porque tiene su trabajo. Entonces dices: 'bueno, he aparcado mi vida o me he quedado sin vida'. La vida es la vida de mi madre y mi madre está… Hasta ahora no había creado problemas para dormir, pero ahora igual te tienes que levantar a las cuatro y media de la madrugada, a las seis y media vuelve a estar de pie… No es que sea agresiva, bueno, siempre había tenido mucho carácter y le había gustado mandar y (…) ahora va creando problemas (…) Y a veces hago así (hace un movimiento con los dedos) y digo: '¿dónde está Dolors? Ya ha pasado el día y ¿qué has vivido?'. A veces salgo, y voy a la calle a mirar el cielo y a sentarme en un banco. No pido gran cosa, sentarme en un banco los cinco minutos que estás fuera, y gracias. (Dolors, hija, F003*)

Los cuidados ejercidos de manera directa por parte de una cuidadora familiar colapsan la vida. Las mujeres asumen de manera mucho más integral los cuidados y tienden a postergar mucho más el momento de incorporar ayudas externas. Las mujeres viven inmersas en el tiempo del cuidado durante el día y la noche y normalizan la carga hasta que otras personas del entorno las alertan de la situación. El relato de Encarni nos sitúa ante la posición de la cuidadora que prioriza los tiempos y la vida de la persona cuidada por encima de los propios:

> Antes dormía con él, antes dormíamos juntos. Le estoy hablando de que no hace ni un año que he dejado de estar con él en la cama. Y entonces ya le pusimos en su habitación, con la cama que le pedimos, barandillas y ya otra historia, (…) Venía mi hermana y decía, '¿cómo puedes y cómo puedes?' Es que no paraba ni un segundo, y llamándome, y muy agresivo, es que eso no era vida, digo, 'yo así no creo que voy a llegar muy lejos'. Y ahora estoy más tranquila, pero yo ya no sé si me ha quedado a mí alguna secuela. (Encarni, cónyuge, C153)

Más allá de cómo conciliar los tiempos del cuidado con las actividades diarias y la vida personal, las personas cuidadoras narran largas trayectorias de cuidado, de manera muy especial, las mujeres que naturalizan su condición de cuidadoras y la asumen sin rechistar. Algunas mujeres aseguran que llevan entre cinco y quince años en los cuidados de personas mayores dependientes. En más de un testimonio se refleja cómo han ido encadenando cuidados familiares adultos dependientes durante años. Encarni, ha encadenado los cuidados de sus padres con los de su marido:

> Bueno, de momento, pues nada, soy cuidadora, llevo yo ya doce años, estuve cuidando a mis padres y mi madre falleció hace tres años, va hacer cuatro en marzo y mi padre va hacer diez, diez, once. Y luego ya a raíz de la muerte de mi madre ya mi marido ya cayó enfermo, y ya lleva dos años también en cama. (Encarni, cónyuge, C153)

En algunos casos, los tiempos son largos y pueden incluir cuidados a más de una persona de manera simultánea. Este es el caso de Dolores (hija, C210), que empezó encargándose de su tía con alzhéimer, sumados a los cuidados de su padre enfermo de cáncer de colon y ahora, por último, su madre. Así expresa su situación en la etapa más difícil donde de manera simultánea cuidaba a su tía y a su padre: "Era un no descansar y sufrir porque estabas allí y era, cómo está el otro. Nada más que teléfono, a cada momento llamando. Mi hermana me llamaba a mí, yo le llamaba a ella: '¿cómo sigue el papa?, ¿cómo sigue la tita?'".

De la misma manera, han tenido o tienen a su cargo más de una persona que necesita cuidados, por lo que el encaje de los recursos de cuidado lleva a situaciones como la que comparte la entrevistada cuando relata cómo pidió que la ayuda a domicilio fuera a la misma hora en que ella tenía que dar pecho a su bebé:

> Pues el mes que la tenía [se refiere a su madre] venían al mismo horario a bañarla que yo le daba el pecho a mi niño por la mañana, porque así yo tenía como una hora de tranquilidad para que él tomara y lo bañara yo a él y lo pusiera en orden. Y luego ya pues ella se daba cuenta de que estaba el niño y no le importaba si yo le decía, coge al niño y todo bien. Pero me sentaba con ella las horas muertas y el niño para que nos viera que estábamos ahí. (Manuela, hija, C160)

La normativa por la cual se aplica el plan de atención a la dependencia no contempla la armonización de la situación de la persona que cuida simultáneamente a más de una persona porque a la vez le ha tocado cuidar a dos generaciones: criaturas y personas mayores o porque tiene a dos dependientes en casa. Este vacío les impide reclamar unas condiciones, ya no solo asociadas con las necesidades de las personas dependientes, sino a sus necesidades de conciliación de cuidados. De algún modo, el derecho a ser cuidado va opacando los derechos de las trabajadoras no remuneradas que cuidan.

Viñeta 2.1. Dolores, una larga e intensa trayectoria de cuidados

Dolores (C210) tiene 58 años, vive en un pueblo cercano a Almería. Vive con su marido, muy cerca de la casa de su madre a la que actualmente cuida. Siempre ha estado saltando de un trabajo precario a otro trabajo precario: limpieza, trabajadora familiar. Actualmente tiene un contrato temporal como barrendera que brinda el ayuntamiento.

Podemos decir que el confinamiento no ha sido la peor etapa, ya que desde hace nueve años está cuidando. Primero a su tía, después a su padre y ahora a su madre. Desde esa fecha no ha parado. Relata que la etapa más intensa de cuidados fue con su tía que tenía diagnosticado alzhéimer; los cuidados debían hacerse durante todo el día y se intensificaron en los últimos años, cuando ya no se podía levantar de la cama. Gracias a compartir las tareas de los cuidados con su hermana, pudieron afrontar otra etapa bastante trágica y también intensa. Hubo un año en que tenían que estar cuidando a su tía y a su padre enfermo de cáncer de colón, con hospitalizaciones continuas. Primero falleció la tía y, sin tiempo de recuperarse de tan tremenda pérdida, tuvieron que centrarse en cuidar a su padre, hasta que falleció. Las secuelas para su salud fueron devastadoras. Toda esta sobrecarga de cuidados la asumían las dos hermanas, mientras que los hermanos varones de la familia solo aparecían en momentos muy concretos, por ejemplo, hospitalizaciones.

Durante la pandemia de la covid, los cuidados han sido más livianos, pues Dolores relata que con su tía debía estar todo el día, ya que tenía que asearla, prepararle y darle el desayuno, y la misma rutina se repetía por la tarde y por la noche. Incluso para bañarla tenían que acudir las dos hermanas, para cogerla "mi hermana de las manos y yo los pies". Ahora, sin embargo, tan solo acompaña a su madre por las tardes, hace las compras, los fines de semana la comida, mientras que por las mañanas está su hermana, que además se lleva a la madre a su casa a dormir. Su madre goza de bastante autonomía y la única limitación que tiene es una sordera casi total de un oído. De hecho, ni Dolores ni su hermana consideran necesario valorar a su madre para acogerse a las prestaciones de la Ley de Dependencia, ni tampoco solicitar el SAD, entre otras razones porque prefieren hacerlo ellas: "¿Es que no la bañamos nosotras? ¿Quién mejor que nosotras?".

2.3. ¿QUIÉN CUIDA? EL DIFÍCIL ENCAJE DE LAS PIEZAS DEL MOSAICO DE RECURSOS DE CUIDADO

Prácticamente ninguna de las personas cuidadoras familiares que han participado en la investigación realizan las actividades del cuidado enteramente solas. El cuidado familiar se realiza encajando progresivamente diferentes recursos proporcionados por los agentes del diamante del cuidado: familia, estado, mercado y comunidad (RAZAVI, 2007). Nos referiremos a ello, en este apartado, con la expresión: mosaico de recursos de cuidado, es decir el conjunto de ayudas y servicios que son utilizados para cuidar a las personas en situación de cuidados de larga duración (SORONELLAS y COMAS-D'ARGEMIR, 2017). En nuestro país, la debilidad de las políticas públicas y, también, la falta de incorporación de los hombres, fragmenta el cuidado entre los diferentes agentes proveedores, sobrecarga a las mujeres y dificulta la gestión familiar de la atención a las personas dependientes. En el análisis del mosaico del cuidado, debemos tener en cuenta los factores que condicionan el acceso a los recursos que mencionaremos: 1) disponer de un grado de dependencia determinado; 2) tener capacidad económica para financiar la externalización privada del cuidado; 3) vivir en una zona urbana, con gran diversidad de recursos institucionales o en una zona rural, con recursos públicos y privados escasos; 4) estar en disposición de aceptar la posibilidad de compartir el cuidado. Vamos a ver cómo se componían los mosaicos de recursos de cuidado previamente a la pandemia.

2.3.1. EL CUIDADO FAMILIAR

Las piezas esenciales de los mosaicos son las familias, las cuales afrontan como pueden la crisis de los cuidados, provocada por la menor disponibilidad de las mujeres para cuidar, por su presencia en el mercado de trabajo, la falta de incorporación de los hombres a las responsabilidades del cuidado y la falta de recursos públicos. En palabras de HOCHSCHILD (2012), las familias absorben el impacto del shock social provocado por la prolongación de la etapa de ancianidad. El cuidado está atravesado por el género, las mujeres de la familia siguen siendo las cuidadoras.

Asha (hija, C131) es una mujer de origen marroquí de 46 años, que asumió como un deber moral traer a sus padres que residían en Marruecos. Ahora convive con ellos y sus cuatro hijos en un piso de 50 m² en Barcelona y sin apoyo de recursos públicos o privados, únicamente con la ayuda del banco de alimentos que le permite sobrellevar la precariedad económica. Asha es la única que no nos remite a un mosaico de cuidados diverso, su situación de vulnerabilidad económica, su condición de extranjera y, también, su cultura asentada en valores familistas del cuidado, explican que se ocupe en solitario de cuidar a sus padres.

Cuando el cuidado es repartido entre los grupos de hermanos, aun cuando encontramos situaciones de corresponsabilidad de género, es más común que sean las hijas quienes cuidan a los padres, contando, aunque no siempre, con la ayuda de sus hermanos. Jacinta (hija, C211) y su hermana se dividen las tareas para cuidar a su padre y a su madre. Su hermano no colabora porque "él trabaja y dijo que nos encargábamos nosotras". Las mujeres cuidadoras valoran que los cuidados que prodigan hombres y mujeres son diferentes en cantidad y en calidad. Uno de estos casos es el de Loinaz, que además hace alusión a las diferentes formas de cuidar según el género:

> Mi hermana y yo solemos quedarnos un momentito hablando con mi madre, pues porque vamos, apañamos ami padre y mi madre está ahí como, entonces pues nos quedamos un poco, le preguntas a ella,un poco por el día, por no sé qué... Yo creo que mi hermano esto no lo hace. (Loinaz, hija, C073)

Es habitual que una de las hijas se sienta más responsable de los cuidados, la que vive más cerca, la que siempre ha estado más pendiente de ellos. Concha es la menor de tres hermanos y siempre ha asumido la mayor parte de los cuidados de su madre, incluso ahora que, por el impacto de la pandemia, la ha sacado de la residencia donde estaba ingresada y se la ha llevado a casa. Al preguntarle por qué asume ella los cuidados, lo naturaliza. En su argumento vemos silencio en relación con la falta de implicación del hermano y una crítica velada a la poca colaboración de la hermana:

> Yo supongo que el carácter. Mi padre murió con 60 años… Yo iba cada día al hospital, cada día, cada día. Y si estaba en casa, pues subía a verlo. Porque me parece que me necesitaba en aquel momento, pues si me necesitan, yo estoy allí. Pero yo creo que es el carácter, ¡eh! Porque, mi hermana, por ejemplo, viene un día a la semana a verla [se refiere a la madre] un ratito. Ella ha hecho muchísimo, pero cuando viene es porque su pareja le dice: 'tendrías que ir a visitar a tu madre, ¿no?' Y la quiere muchísimo. (…) Yo creo que es mi manera de ser (Concha, hija, C128*)

Entre los grupos de hermanos y hermanas que cuidan a los padres, se adquiere un cierto compromiso compartido, pero es más habitual que los cuidados los asuman las hijas y que sus hermanos y maridos ayuden puntualmente. Las situaciones excepcionales como los ingresos hospitalarios movilizan e incorporan a los trabajos de cuidados a los miembros de la familia menos involucrados en los cuidados cotidianos:

> Pues mi marido corta la leña... y hace cosas por allí por la casa, pero bueno, en lo que se refiere a mi padre, no [silencio]. Si tiene que hacer, sí. Hay veces que sí que lava o lo que sea, porque él, cuando se rompió la cadera, estuvo en el hospital, mi hombre, los nueve días con él. En el hospital. Mi hermana y yo, como estaba mi madre, teníamos que turnarnos, con mi madre y con él. Entonces los nueve días, como mi hermano había desaparecido [risas, ruido de golpe con las manos]. Los nueve días que estuvo ingresado mi padre, estuvo mi marido los nueve días, de día, con él. Y por la noche mi hermana y yo nos turnábamos. O sea que mi marido, que sí que hace. Ha hecho. Pero… (Mari Carmen, hija, C058)

Entre hermanos, el género y la proximidad residencial con los padres y, también, tener o no familia propia, son factores que determinan el compromiso adquirido con el cuidado; comenta Miguel (hijo, C066): "Lógicamente, mi hermana que vive enfrente, que es la mayor, pues está más encima, ella sale un momento, va a hacer pilates y a la vuelta se pasa a desayunar con ella y es un ratito que lo tiene más cómodo, lo tiene enfrente de casa".

En lo que respecta al cuidado masculino, hemos entrevistado a esposos e hijos cuidadores. Los hombres que cuidan a sus esposas, enfermas o ancianas, no comparten el hogar con otros hijos e hijas que se han independizado pero los cuidados se siguen compartiendo intergeneracionalmente, especialmente en el contexto rural (CHIRINOS, 2021). En algunas circunstancias, este soporte generacional ha consistido en una participación más continua, y en otras, menos. Estará marcada por las responsabilidades laborales y familiares de las generaciones jóvenes, pero también por el género.

Cuando hay hijos e hijas, las mujeres tienden a asumir mayor responsabilidad, no solo en tareas directas del cuidado (se ofrecen a lavar la ropa, a lavar los platos, a hacer la comida), sino también en gestión (contratación de trabajadoras del hogar-limpieza, gestión en prestaciones y servicios). La implicación de los hijos varones en el cuidado está marcada por circunstancias específicas que les obligan, como ser hijos únicos; por vivir más cerca que los demás hermanos o hermanas; o por razones de desempleo o de flexibilidad laboral (SORONELLAS *et al.*, 2020). En el caso de Vicente, un esposo cuidador, su hija mayor había construido una rutina de intercambio de cuidados con el padre. Por las mañanas Vicente llevaba a su esposa al centro de día, y luego iba a por su nieto y lo llevaba a la escuela. Su hija mientras tanto se iba a trabajar y al mediodía cocinaba en su casa para toda la familia, el padre

incluido. Vicente se hacía responsable de recoger a su nieto, lo veía jugar con sus amigos, y luego se iban los dos a comer. Por las tardes Vicente recogía a su esposa. Día sí y día no, su hija iba a bañar a su madre, y les hacía compañía. Vicente y su hija, además, tienen una estrecha relación, pues en sus tiempos libres suelen tomar café juntos y hacerse compañía. El ejemplo de Vicente demuestra que los esposos no cuidan solos y que, aunque los esposos cuidadores referencian su labor de cuidado en sus esposas, también cuidan de otros miembros cercanos, al igual que reciben cuidados de estos. Este podría decirse que es un primer nivel de participación familiar en los cuidados y de construcción del mosaico del cuidado:

> Hombre, ella [la hija] hace todo lo posible, sí. Ella se involucra mucho. Qué pasa... que, mira, no sé si te lo habré dicho, que al principio la quería duchar yo y la duchaba, pero no se dejaba. Intentó mi hija... ella bajaba, la duchaba, pero el tema ahora también era que no quería... que si el agua estaba fría, que si estaba muy caliente, 'que no quiero ducharme'. […] Y ahora mi hija, pues, a malas y buenas, pues baja, por ejemplo, el miércoles o jueves 'va, que voy a ducharte y te corto las uñas', 'no, que no las tengo largas', 'sí, vamos, ¡va!'. Y así se mojan, y, ya bueno, así pues, se deja... algo. (Vicente, esposo, C338)

Las masculinidades hegemónicas son libres de cuidados (CONNELL y MESSERSCHMIDT, 2005), como dice Lara (hermana-hija, C039), laboralmente activa, que se ocupa de cuidar a una hermana con discapacidad intelectual, a su padre y a sus dos hijos y que, a pesar de reconocer que recibe el apoyo de su hermano para cuidar a la hermana durante el día, nos dice de él que "es soltero y libre como el viento". La soltería, la ausencia de responsabilidades familiares propias, es precisamente uno de los factores asociados a un mayor compromiso de los hombres con el cuidado de los padres. Pablo (cónyuge, C204) tiene 53 años y está muy involucrado en el cuidado de su madre que padece diversas dolencias crónicas. Comparte los cuidados con su hermana, pero él asume buena parte de ellos:

> Empieza por la mañana: voy a su casa, temprano, y le ayudo en los primeros momentos del día a levantarse, a incorporarse, a lo que es el aseo, un poco el desayuno, y toda esta cuestión de primeros momentos de la mañana. Ella ahora, a raíz de los problemas circulatorios crónicos, y sobre todo desde la pandemia, ya lleva un año con ello: padece de una úlcera sangrante. Entonces procedo a eso, a la cura de esas heridas, y también voy a la compra de la comida, de lo que son los alimentos básicos (pan, leche, verduras, carne, pescado…) y también la compra de los medicamentos que le son necesarios. Y esto es fundamentalmente lo que sería un día normal de cuidado en la relación de cuidado con mi madre. (…) Algunas tardes estoy con ella de compañía, un poco de conversación, cuando está más o menos bien mentalmente, y ya, como dije antes, al final del día vamos a la cama y hasta el día siguiente. (Pablo, cónyuge, C204)

Las esposas cuidadoras, socializadas especialmente en el rol cuidador, suelen asumir los cuidados en todas sus dimensiones, tan solo cuando la situación se hace insostenible, buscan o aceptan recursos y ayudas familiares. Encarni, por ejemplo, cuida a su marido enfermo y afectado de un gran deterioro cognitivo, en casa, desde hace años. Al empeorar la situación recibe la ayuda por las mañanas de un cuidador del SAD que levanta al marido de la cama y le realiza las higienes; también se deja ayudar por la hija, aparece pues también el apoyo intergeneracional mencionado; pero vive pendiente las 24 horas de las necesidades de su esposo que considera prioritarias, incluso más que el cuidado propio:

> Pues yo me acuesto algunas veces, me he estado acostando hasta a la una y media, porque no tengo ganas de acostarme siquiera. Otras veces estoy muy cansada y me acuesto, me duermo, otras no. Estoy viendo todas las horas del reloj. Entonces, mi horario es..., porque yo soy muy nerviosa, pues a las siete ya estoy despierta y digo ¿qué hago ya despierta? Pues me levanto, yo ya me aseo un poquito antes de que vengan ellos, los auxiliares, lo arreglan a él, ya le dicen, yo primero él siempre, que mi hija dice, 'no mamá tú toma algo antes porque tú eres la que tienes que estar...' Y yo estoy más tranquila, yo le doy su desayuno y luego ya desayuno yo después. Pongo lavadoras, la comida, limpio, coso algunas veces, en fin, y veo la tele también.

> (…) Pero que sí, que yo la casa, yo aquí, yo limpio, bueno, yo quisiera tenerlo todo mejor pero mi hija me dice, 'mamá, primero lo que más prioridad tiene es lo que tiene'. Que es mi marido, ya está. Y eso es lo primero, igual que con mis padres. (Encarni, cónyuge, C153)

Algunas de las mujeres cuidadoras familiares entrevistadas reciben la prestación económica para cuidados recibidos en el entorno familiar. Se trata de mujeres no activas laboralmente que perciben un importe mensual del SAAD por hacerse cargo de sus familiares dependientes, tal como señala Mari Carmen (hija, C058): "A ver, ayuda, sí. Lo que te he dicho antes de... aquí de servicios sociales. Sí que tengo, le dan una paga de no sé cuántos euros al mes, por tener el grado I de la Ley de Dependencia. Pero nada más eso".

2.3.2. LA FAMILIA EXTENSA

Un segundo nivel del cuidado familiar es el de la familia extensa. Se trata de hermanas, hermanos, cuñadas, cuñados, nietas, nietos, etcétera, que no suelen ejercer cuidados directos a menos que sea muy necesario. En estos casos el soporte es sobre todo de tipo afectivo y de acompañamiento (visitas). Se trata de un grupo social donde reposa un cuidado afectivo y emocional importante que se ve reflejado en las conversaciones. La familia extensa es un recurso social esencial para apoyar los cuidados de los hombres cuidadores. En el caso de Vicente (cónyuge, C338), su cuñada fue quien le brindó información sobre qué debía esperar de una enfermedad degenerativa como el alzhéimer (de alguna manera le proporcionó el panorama que tendría por delante), dado que el esposo de esta lo había padecido. Y en el caso de Juan, su cuñado, un día a la semana le llevaba hortalizas de su huerto. Una forma de cuidado que además es afectivo ya que se traducía en unas visitas que se prolongaban en conversaciones que acompañaban al cuidador mientras se encontraba en casa:

> Seguimos viendo los vídeos, que cada cierto tiempo los adelanta el hijo de Juan cuando considera adecuado. Esta vez vemos a Espe en su pueblo, se observa todo el pueblo, 'un pueblo de montaña… ¡i avant!', dice el hijo. Cuando de repente alguien en la puerta dice: 'buenas tardes'. Juan se levanta a ver quién es: '¡hombre!... adelante, adelante…', lo dice con júbilo ante la visita. Entra la persona y saluda a Juan con dos besos; lleva en una de sus manos una bolsa blanca algo pesada con hortalizas. 'Hola tío', le dice el hijo de Juan, con la grabadora en la mano. 'Hola, hola', le contesta este. Ve a Espe [su hermana] y se agacha a saludarla con dos besos. Me pongo de pie y lo saludo, 'mucho gusto', me dice él. Tomo asiento, y Juan y su cuñado se va a la cocina. Me quedo con Jesús y seguimos viendo el vídeo. Desde la cocina se escucha a José que le dice, 'te pago', 'no me pagues nada', le dice el cuñado; se refieren a las hortalizas que ha traído de su huerto. Sale el cuñado y se queda de pie viendo el vídeo. Vemos a Espe de espaldas que anda en el campo y pone los pies en una acequia por donde pasa el agua. 'Andamos viendo el pueblo', le dice el sobrino al tío, y este toma asiento al lado de su hermana. Nos quedamos viendo el vídeo y ahora reímos todos de algo que ha dicho Espe en el vídeo. Me diría otra vez Juan sobre su cuñado: 'mi cuñado es muy flamenco… es un buen hombre'. (Juan, cónyuge, C339)

La familia extensa puede también asumir responsabilidades centrales de cuidado ante situaciones extraordinarias. Dolors tiene 70 años y convive en Barcelona con su madre afectada de demencia senil y por un accidente pasó de ser cuidadora a necesitar cuidados. Su hermana y su cuñado no dudaron en irse a vivir a su casa para cuidar de las dos. Tiene un muy buen recuerdo de una experiencia que le permitió compartir un tiempo de vida con su familia:

> El 5 de marzo, saliendo del voluntariado, me caí en la calle Ciutat. Había llovido cuatro gotas, resbalé y me caí y me hice una fractura doble de pelvis. Esto antes que entrara la covid. Mi madre vive conmigo y nos encontramos con que éramos dos personas que necesitaban cuidados, mi madre, que tiene 97 años y yo. Entonces mi hermana y mi cuñado no encontraron otra solución que venir a mi casa a cuidar a dos enfermas. Y con todo esto ya vino la pandemia. Mi madre iba a un centro de día y el día once de marzo lo cerraron. Y nos

> encontramos en casa todo el cuarteto. Pues gracias a mi hermana y a mi cuñado. Estuvimos cuatro meses en casa, nos cuidaron a la mama y a mí. No tuvimos que preocuparnos de nada, de nada, ellos se ocupaban de todo, medicinas, comidas. Quizás fue una experiencia compartida… ahora se lo contaré: nos reímos mucho. Quizás fuimos los únicos que reímos durante la pandemia. (Dolors, hija, F003*)

En otras ocasiones, los y las cuidadores relatan el debilitamiento de las relaciones con la familia extensa. Sienten la situación de cuidado como un factor de alejamiento de su entorno social, familia extensa incluida. La enfermedad mental, el alzhéimer y el deterioro cognitivo fragilizan la relación con la familia extensa, más aún, cuando hay distancia entre los municipios de residencia:

> La ayuda familiar en nuestro caso ha sido cero, porque la familia de Imma, ni llaman. No han querido saber nada de nada. Tiene un hermano (…), la madre y el padrastro. Tiene un hermano que lo medio crio ella, porque es 9 años más joven que ella. Tiene dos sobrinos. Cuando pasó todo [se refiere al diagnóstico], primero llamé a su hermano y se lo expliqué todo. (…) En la Navidad pasada, que nosotros ya no pudimos ir a su casa, le dije: 'oye, venid la familia, al menos tú y tu mujer y la madre de Imma y el padrastro. Venid a casa. Lo celebraremos en casa. Ya compraré yo las cosas y comeremos en casa, que allá cabemos todos'. Me dijo: 'bueno, bueno, ya te diré alguna cosa'. Nada, ni llaman. (Aloís, cónyuge, C032*)

2.3.3. EL APOYO DE LA COMUNIDAD

Los cuidados familiares se apoyan también en la comunidad, es decir, en las relaciones sociales comunitarias conformadas por amigos, vecinos e incluso por grupos de personas formalmente constituidos. Las relaciones comunitarias informales las encontramos más representadas en los contextos rurales, en los municipios pequeños que, por el tamaño, facilitan el tejido de redes comunitarias de vecindad y amistad. En los contextos urbanos, las redes comunitarias de cuidado se reproducen a menudo a partir de la iniciativa de los servicios sociales municipales, por ejemplo, que configuran grupos de iguales que acaban consolidando relaciones comunitarias de amistad que van más allá de su origen institucional.

Las amistades son personas con quienes se han tejido vínculos íntimos construyendo una biografía compartida de confianza. Una red que podría considerarse como un parentesco extendido, que permite llamar a las amistades como hermanos o hermanas. La participación de estas personas brinda cuidados afectivos a quien cuida y en otras situaciones a la persona cuidada. Los cafés, compartir una cerveza o "jugar la partida" son acciones que resumen el ritual del vínculo cercano entre la persona cuidadora y sus amigos y amigas. No siempre se conversa sobre los cuidados o la carga que estos producen, sino de anécdotas que ofrecen un espacio de desconexión a la persona cuidadora y dependiendo del género, un afianzamiento de la masculinidad. En el relato de los hombres cuidadores se han hecho más presentes las amistades, como apoyo al cuidador y como recurso de ayuda directa en los cuidados. Javier (cónyuge, C341), por ejemplo, le pidió a una amiga de la infancia que cuidara de su esposa durante quince días, cuando decidió darse un respiro y hacer el Camino de Santiago. El grupo de amigos y amigas, con quienes los cuidadores se reúnen en los momentos de respiro del cuidado, actúan como un bálsamo que reduce la tensión acumulada:

> Yo quedaba mucho con mis amigos de aquí, de Barcelona, por ejemplo. Cada mes, como mínimo nos juntábamos para desayunar aquí en el barrio. Un almuerzo de tenedor y cuchillo, en una buena mesa… hasta el doce de marzo que fue el último. El día siguiente decretaron el estado de alarma (…), quedaba con unos y con otros para vernos, claro, esto se ha perdido. Es todo lo que me podía permitir. (Aloís, cónyuge, C032*)

Las iniciativas comunitarias de soporte a las personas cuidadoras como los grupos de ayuda mutua tejen también relaciones sociales que pueden derivar en relaciones de amistad que se

extienden más allá de los límites de las reuniones concertadas por los organizadores del grupo. Es el caso de la Colla Cuidadora, un grupo de personas cuidadoras alentado desde los servicios sociales municipales del ayuntamiento de Barcelona. Sus miembros, hombres y mujeres cuidadoras relatan la sobrecarga del cuidado y los beneficios de las relaciones que se establecen entre los miembros del grupo. Son relaciones sólidas porque comparten un código: el significado de la carga del cuidado en la vida de la cuidadora y el cuidador; tal como lo expresa Lluc:

> Y además nos ha servido de expansión de nuestros dolores, de nuestras penas. Muchos familiares no entendían lo que nos estaba pasando. En cambio, entre nosotros… Si yo les digo: 'mi madre está mal, se ha caído y se ha lastimado… o se hace caca encima…' o lo que sea, esto lo comprenden, lo comprenden. O lo viven ellos mismos, ¿no? Cosa que, lo otros, explicas una batallita y te dicen: '¡bueno, chico!'. O '¡hace un teatro que es la hostia!'. (Lluc, hijo, F003*)

2.3.4. LAS PERSONAS CUIDADORAS REMUNERADAS

Otra pieza esencial del mosaico lo constituye la ayuda de personas cuidadoras remuneradas, bien sea mediante un SAD público o mediante la contratación privada de mujeres que realicen la parte o el todo de las labores domesticas y de cuidado. Es el primer eslabón de la externalización del cuidado, el primer recurso al que las familias optan cuando las personas cuidadas inician su proceso de dependencia. En las zonas rurales, donde hay menos recursos asistenciales, la contratación de una trabajadora del hogar que deviene cuidadora es el recurso habitual. La suegra de Berta vivía en un municipio de 400 habitantes. Tenía contratada a una mujer de origen rumano para hacer las tareas de limpieza y cuando los problemas de cadera de la suegra empezaron a ser invalidantes, la contrataron a jornada completa para que la cuidase. Se refiere a este como el único recurso disponible, puesto que a pesar de la discapacidad le concedieron tan solo un grado I de dependencia:

> No, aquí no hay nada. Miramos en el ayuntamiento para hacer alguna cosa, pero es un ayuntamiento que no se mueve. Es un pueblo muy envejecido. Hay muy poca gente joven que viva allí y necesitarían un centro de día o unos comedores donde pudiesen estar por la tarde. Llevarlos por la mañana y recogerlos por la tarde. Hay mucha gente mayor en el pueblo, no quedan tiendas, tan solo queda la oficina de farmacia y un bar que también venden alguna cosa de primera necesidad. Esta chica que la cuidaba, al principio iba un día a la semana para limpiar, iba los viernes y, como sabíamos que iba a otras casas, le ofrecimos a ella si quería [cuidar a su suegra]. Y aceptó. (Berta, nuera, C095*)

En las zonas más urbanas, la mayor presencia de recursos públicos facilita el acceso al SAD público, aunque suelen ofrecer pocas horas con lo que no cubren todas las necesidades de cuidado. Es muy habitual la combinación de un SAD público y otro privado, especialmente cuando las situaciones de dependencia son más intensas. Las personas participantes relatan verdaderos puzles en el encaje de las horas de las personas contratadas para cuidar, así como itinerarios de contratación que reflejan la precariedad de los trabajos de cuidado, las dificultades de las familias para financiarlos y, también, la escasez de las ayudas que despliega la *Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia* (LAPAD). Aloís cuida a su esposa enferma de alzhéimer precoz. Le diagnosticaron la enfermedad en 2014, cuando tenía 50 años. En los últimos cuatro años, la enfermedad ha avanzado considerablemente, por lo que ahora es completamente dependiente. Aloís empezó contratando a jornada completa a una cuidadora de origen hondureño, a la que sumaba el contrato por horas de una trabajadora de hogar de origen marroquí para la limpieza de la casa. La pensión de su esposa es mínima y decidió abandonar esta opción y contratar informalmente a una trabajadora del hogar para cuidar a su esposa durante las mañanas, de 9 hasta las 13 horas. Recibe también la ayuda de un servicio del SAD público dos horas y media por la tarde,

de lunes a viernes. A pesar de cubrir seis horas y media del cuidado de la esposa con trabajo remunerado, y de tener claro que quiere seguir cuidando en casa, muestra signos de cansancio respecto a una situación de cuidado que le provoca ansiedad y que le compromete las otras diecisiete horas y media del día:

> Porque ya sabéis lo que pasa y claro… porque yo empecé con muy buena voluntad y la mantengo, pero esto [se refiere al cuidado] va quemando progresivamente. No tienes las fuerzas que tenía seis años atrás, ni los nervios, ni la paciencia. He tenido que regatear [con la doctora] que me quería quitar los ansiolíticos. Digo, no me jodas, tú. Claro, tomo poquísimo, pero no me lo quites porque ahora duermo mal y lo necesito, y no dormiré. Y claro, a los seis años estás de nervios hasta arriba. (Aloís, cónyuge, C032*)

Cuando el cuidado familiar y los servicios públicos no cubren las necesidades, es habitual recurrir a la contratación de una empleada de hogar, bien sea por horas o en régimen de interna. Es una forma de no traicionar el modelo de mantener el cuidado en el hogar, a un coste mucho más reducido que el que supone una plaza de residencia privada. Nos referiremos a ello, pues algunas de las personas participantes han relatado que han reducido el impacto de la pandemia mediante la contratación de trabajadoras de hogar internas.

2.3.5. LAS INSTITUCIONES DE CUIDADO

El cuidado institucional también encaja en el mosaico de cuidado. Las instituciones de cuidado más próximas y menos invasivas al modelo familiar lo representan los centros de día ya que es un espacio al que se puede acudir por unas horas, aun cuando la persona dependiente continúa residiendo en un espacio vital conocido. La opción al centro de día no acostumbra a ser inmediata, tiende a ser el penúltimo recurso en ser explorado; el último, si llega, es la residencia. Las personas cuidadoras, especialmente maridos y esposas, intentan cuidar a sus cónyuges las veinticuatro horas del día. Los hombres y mujeres mayores cuidan principalmente porque son cónyuges, es decir, cargan con la obligación moral que como tales les impone todo un sistema de valores (CALASANTI y BOWEN, 2006; COMAS-D'ARGEMIR *et al.*, 2018). Con el tiempo, y con la carga y el cansancio que supone el cuidar, se produce una flexibilización de este cuidado centrado únicamente en el modelo conyugal, con lo que el cuidado va delegándose a otros actores externos. Los hijos e hijas que cuidan a los padres, en función de la disponibilidad que tienen para cuidar, pueden optar por el centro de día más tempranamente, sobre todo cuando resulta difícil la conciliación del cuidado con el trabajo profesional y la dedicación a la familia propia. El centro de día es un recurso que acostumbra a ser próximo (excepto en los municipios más pequeños de las zonas rurales) y amigable. No implica una institucionalización total y deja un tiempo disponible amplio a las personas cuidadoras para tener tiempo vital propio. También constatamos opiniones críticas con los centros de día y su capacidad para mantener activas a las personas usuarias. Aloís (cónyuge, C032), por ejemplo, nos comentó que no tiene plaza pero que, de tenerla, tampoco llevaría a su esposa, porque "allá los tienen quietos y para estar quieta y sentada es mejor tenerla en casa".

En algunos casos la complejidad de las situaciones de cuidado no se ajusta a los requisitos de estas instituciones. Nos lo comenta Carmen (hermana, C055) en su relato acerca de cómo tuvo que negociar los cuidados de la madre anciana y la hermana con discapacidad:

> Te lo explico. Porque ellas viven en una zona rural, entonces, por la noche, necesitan que alguien se quede con ellas. (…) Mi hermana, que vivía con mi madre, no podía ir al mismo centro de día que mi madre, porque mi hermana es una persona con discapacidad y mi madre una persona mayor. Tuve que reunirme con el director de la residencia, que también tenía centro de día y suplicarle, solo me quedaba ponerme de rodillas, que, por favor, por privado, cogiera a mi hermana y me costaba 500 euros al mes. Para que las dos pudieran ir, porque si

> mi madre iba al centro de día, ¿quién se ocupaba de mi hermana? Porque los centros de día para personas con discapacidad, los más cercanos estaban a 25km, pero no hay medio de transporte, por lo tanto, tenía que ir alguien a llevarla y traerla, yo no podía. (Carmen, hermana, C055)

El último recurso, es acudir a una residencia, pero no siempre resulta fácil encontrar plaza, sea pública o privada. Las listas de espera para entrar con plaza pública son muy largas y toman tanto tiempo que puede ser que los tiempos administrativos no se ajusten a los de las necesidades. Las residencias son escenarios que se contemplan como algo no deseable, como un recurso, en todo caso, extremo, al cual recurrir en una fase muy avanzada de la dependencia, pero no evitable cuando se dan ciertas circunstancias (véase Capítulo 4). Tanto las personas cuidadas como las cuidadoras tienen dificultades en aceptar este recurso sin un cierto sentimiento de culpa por no poder cumplir con la responsabilidad moral del cuidado siguiendo el modelo heredado de envejecer en casa y en familia. Plantear la residencia provoca tensiones y conflictos internos, y personales. Cuando la madre de Concha fue diagnosticada de párkinson la llevaron a un centro de día en el propio barrio de residencia, y al agravarse los síntomas fue la madre, nos explica Concha, quien decidió su ingreso en una residencia:

> Claro, mi madre empezó yendo al centro de día. Porque, bueno, hacían actividades, hacían gimnasia… y conocía mucha gente que era amigos suyos de la infancia. Se encontraban allí, comían allí y a las 7 salía y se venía para casa. Vivíamos enfrente de la residencia, solo tenía que cruzar la calle. Y ella misma lo dijo: 'empezaré en el centro de día'. Siempre decía que no quería ser una carga. Era la época en que ella se caía mucho (…), nos llamaban de la residencia que se había caído y, claro, como no tenía estabilidad, se caía. Y esto era cada día, cada día, cada día. Y entonces, ella misma dijo: 'mejor que entre ya'. De hecho, la decisión de entrar en la residencia fue de ella. Y también porque todos… porque mis hermanos no tienen el mismo vínculo que yo, por ejemplo, yo veo lo que necesita, pero ellos lo ven inviable. Y, mejor, no, mejor una residencia, pensaban [los hermanos]. Total, que la que lo pasó peor fui yo cuando tuvimos que llevarla [a la residencia]. (Concha, hija, C128*)

Viñeta 2.2. Patricia, en el centro del mosaico de cuidados

Patricia (C038) es una mujer de 58 años. Junto a su esposo, de 64 años, tienen dos hijas, una de 25 años y Vera, una joven de 22 años con una cardiopatía congénita y síndrome de Down (76% de discapacidad). El matrimonio convive con Vera en un chalet con terreno, en una urbanización de un pueblo a las afueras de Valencia. La otra hija está independizada. Vera nació con un estado de salud bastante frágil pues "no tenía defensas y siempre estaba malita". Además de la cardiopatía, tuvo bronquiolitis y diversas afecciones pulmonares que ocasionaron multitud de entradas y salidas del hospital. Antes del nacimiento de Vera, Patricia trabajó como administrativa en un despacho, pero, debido a la situación de cuidados que se plantea tras el nacimiento de su hija, decide "apañarse con lo que gana el marido y dedicarse a cuidar a Vera", en exclusiva. Ella argumenta que era quien menos ganaba de ambos cónyuges y, además, tuvo que tomar esta decisión porque no pudo recurrir al apoyo de su madre que todavía estaba en activo en el mercado laboral. Destaca que su situación es "lo típico de las cuidadoras, de las madres, del femenino".

Uno de los cambios que más acusó Patricia en su rutina de cuidado durante la pandemia fue el cierre del centro de terapia ocupacional al que acude Vera. En el mes de septiembre continuaban suspendidas las actividades que las y los jóvenes de este centro realizaban en empresas. Solo se abrieron los talleres y las actividades lúdicas y deportivas en grupos reducidos. Patricia recalca que, aunque no desea romantizar su situación de cuidado, durante el confinamiento, su hija Vera le ha enseñado a adaptarse, y la resiliencia de esta le ha dado fuerzas cuando le flaqueaban.

Debemos insistir en que los testimonios han sido recogidos durante la pandemia y que, por tanto, las personas entrevistadas están influidas por los altos índices de mortalidad de las residencias y por las carencias organizativas y de prestación de servicio de atención personal que la pandemia ha dejado en evidencia. La misma Concha sacó a su madre de la residencia y

en estos momentos convive con ella. Otra participante en la investigación, Marianna (hija, F003), tenía a sus padres en un centro residencial en Barcelona. Ella los había cuidado en "casa hasta que llegó un momento que ya no podía más". Marianna, iba todos los días a pasar la tarde con ellos, hasta que cerraron en marzo del año pasado. En estos meses han fallecido los dos. "Yo pienso que murieron de pena", nos dice, emocionada.

Los mosaicos de cuidado antes de la pandemia pueden ser más o más complejos en función de la disponibilidad económica para externalizar trabajos de cuidado. También varían en función de la composición familiar; del género, de las personas de la familia disponibles y dispuestas a cuidar, y de los espacios de residencia con mayor o menor presencia de vínculos comunitarios (amistades, vecinos…). En la medida que las necesidades de cuidado se agravan e intensifican, los mosaicos devienen más complejos y se produce una progresiva incorporación de agentes de cuidado, aunque el peso más importante del trabajo sigue estando centrado en las familias y en las mujeres. Pero es costoso. Las personas cuidadoras y las cuidadas no suelen entender en primera instancia la necesidad de un cuidado que pase por personas ajenas al círculo familiar y domestico. Todo ello a pesar de la gran carga que va suponiendo con el pasar del tiempo una enfermedad o simplemente el deterioro que producen los años que va invalidando a las personas que se recrudece y exige más cuidados específicos. El cuidado descansa en un modelo familista anclado en deberes morales de la persona cuidadora respecto a sus familiares con necesidades de cuidados. Pero los testimonios recogidos muestran que la debilidad de la política pública de bienestar que tampoco propone un modelo alternativo y despliega unas ayudas a la dependencia que son insuficientes y que condicionan enormemente el cuidado familiar. El sistema público cubre una parte pequeña del mosaico de cuidado, y las familias (las mujeres en primer lugar) se ven obligadas a completarlo.

2.4. ACTIVIDADES DE CUIDADO Y APOYOS. CAMBIOS EN LA ORGANIZACIÓN DEL CUIDADO EN LAS FAMILIAS COMO EFECTO DE LA PANDEMIA

El impacto de la pandemia sobre las actividades del cuidado ha sido significativo. En general, ha implicado una reorganización de la actividad a raíz del cierre de centros de día y las residencias, así como una transformación de las estructuras de los hogares por una rehogarización y refamiliarización del cuidado que ha recaído en las mujeres y que ha incidido intensamente en sus vidas.

Viñeta 2.3. Alejandro, el cierre de recursos y el confinamiento como esclavitud añadida

Alejandro (C041) es un hombre de 85 años que vive en Valencia. Actualmente está jubilado y antes ejerció como empleado de banca. Alejandro cuida de su esposa Pili, de 83 años, en el domicilio familiar desde que, aproximadamente, cinco años atrás le diagnosticaron la enfermedad de alzhéimer. Actualmente Pili puede desenvolverse en las actividades básicas de la vida diaria, pero necesita compañía constante porque ha perdido algunas facultades mentales relacionadas con la memoria.

Alejandro construye las restricciones de movilidad impuestas en el confinamiento como una carga adicional al trabajo cotidiano de cuidados: una esclavitud añadida, que es difícil sobrellevar porque en este periodo se interrumpen las distracciones cotidianas, como por ejemplo pasear e ir al cine.

Durante el confinamiento las hijas realizaron tareas extras de apoyo al cuidado (como la compra semanal de alimentos) para que Alejandro y Pili no tuvieran que salir a la calle. Durante la desescalada continuaron llevándoles la compra para que el matrimonio pudiera dedicarse a pasear, el tiempo que estaba permitido salir a la calle por franjas etarias. En septiembre, Pili volvió a retomar su actividad en el centro de terapia neurocognitiva, pero los otros dos recursos a los que acudía continuaban cerrados debido a la situación sanitaria.

Las mujeres que cuidan son las que han absorbido la mayor parte del shock pandémico y de las nuevas responsabilidades asociadas al cuidado en tiempos de covid. La pandemia ha impactado también sobre las redes informales de ayuda mutua y las rutinas del cuidado. La distancia social, el confinamiento domiciliario y el miedo al contagio han debilitado, incluso suspendido, las relaciones de amistad o con la familia extensa que formaban parte de los mosaicos de cuidado.

Los mosaicos familiares se han desintegrado y el peso del cuidado ha recaído en el hogar y en un grupo reducido de personas, principalmente en las mujeres de la familia. Angélica tiene un hermano y una hermana, ella era la que lideraba los cuidados porque vive en la misma calle que la madre, en un pueblo de Almería. Durante el confinamiento se quedó sola cuidando a la madre, una situación con la que se muestra crítica y dolida.

> A: En el confinamiento yo [cuidaba] sola, porque unos parecían que tenían riesgo… (…) parecía que tenían riesgo y no podían salir y, mi hermano no me llamaba ni nada. (…) nadie.
> E: Antes de la covid, ¿cómo se repartían los trabajos de cuidado?
> A: Más o menos visitas, mi hermana de vez en cuando visitas o una llamada de teléfono para ver cómo estaban.
> E: ¿Traían comida?
> A: Sí, mi hermana de vez en cuando. Un día o dos días, no era constante, no era un soporte que pudiera yo estar tranquila.
> E: ¿Anteriormente a la covid tu hermano qué hacía?
> A: Lo mismo que estaba haciendo ahora y lo mismo que hacía antes: nada. Un domingo de vez en cuando.
> (Angélica, hija, C129)

Las cuidadoras que llevan más años de dedicación expresan que la pandemia no ha tenido mucho impacto en la organización de los cuidados y en la sensación de aislamiento. Aloís (cónyuge, C032) que cuida a su esposa enferma de alzhéimer precoz, nos advertía que ellos llevaban "años confinados en el barrio donde vivimos".

Revisamos a continuación las consecuencias de la pandemia en la organización de los cuidados, nos referiremos básicamente a la contracción y reducción súbita de los mosaicos de cuidado por efecto de las medidas dictadas. Las posibilidades de externalización del cuidado se redujeron al mínimo puesto que tanto las redes de apoyo familiar y comunitario como los recursos públicos y privados se vieron afectados.

2.4.1. IMPACTO DE LA PANDEMIA EN LAS ACTIVIDADES DEL CUIDADO. LA REHOGARIZACIÓN DEL CUIDADO

La pandemia interrumpe o rompe el proceso de extensión y externalización del cuidado que hemos descrito en los mosaicos previos. Existen casos cuyas rutinas del cuidado ya están asentadas, como el de Vicente (cónyuge, C338) con su hija, y la relación con el centro de día, que posibilita que Vicente goce de ocho horas al día y pueda irse al bar con los amigos, cuidar de su nieto, e ir a comer con su hija, quien luego cuida de su madre bañándola. Cuando la covid aparece, el cuidado se retrae al entorno más íntimo y los servicios hasta entonces externalizados, se rehogarizan. Se rompe el vínculo con los cuidados institucionales y, en parte, con las redes familiares extensas y con la comunidad (verse con los amigos, amigas, acompañarse, saludarse, etc.). Solo queda la figura de los hijos e hijas, cuya relación intergeneracional puede decirse, toma una forma más exclusiva. En el caso de las personas con discapacidad, también las madres y hermanas juegan un papel de importancia.

La hija de Vicente deja de trabajar como peluquera y en los meses del estado de alarma, junto a su hijo, burlan las prohibiciones de confinamiento y dan soportes de cuidado a un padre y a una madre que deja de ir al centro de día. La enfermedad se recrudece y a las pocas semanas

ella deja de caminar. Vicente no puede moverla y su hijo e hija son cada vez más necesarios si le quiere bañar, vestir o acostar en la cama. La participación más activa de los hijos es posible precisamente porque, al vivir en un pueblo, viven muy cerca.

Algunos centros de día, durante el periodo de alarma, realizan visitas domiciliarias, pero no es suficiente. Se turnan entre logopedas y fisioterapeutas, pero igualmente las enfermedades empeoran, como es el caso de Lola con el alzhéimer y de Espe con su movilidad (un ictus impactó en su habilidad de caminar). Los profesionales las visitan en domicilio una vez a la semana, pero antes, en los centros, la atención era continuada, ocho horas al día, de lunes a viernes. No se tienen los espacios ni ambientes, ni el compartir entre pares que posibilita un espacio como el centro de día. Espe deja de caminar sus dos o tres vueltas diarias al perímetro del centro. Juan (cónyuge, C339), su esposo, esquivando el estado de alarma, comentaba que salían los dos a caminar frente a su casa, pero son esfuerzos que no bastan para alcanzar la rutina previa a la pandemia.

La organización del cuidado cambia radicalmente. Los mosaicos de cuidados pierden piezas cruciales; todo queda en manos de las familias. Los padres de Assumpta vivían en su propia casa, en un pueblo de Tarragona, ella vivía en la capital de la provincia y se desplazaba los fines de semana al pueblo para organizar los cuidados, contando con el apoyo de una de sus hermanas y de una trabajadora del hogar que iba unas horas a casa de los padres. Al declararse el estado de alarma, y con la posibilidad de teletrabajar, Assumpta se fue a vivir con ellos para atenderles, algo que resultó complicado por un problema de salud de su madre que tuvo que gestionar casi sin apoyo médico. Vivió con angustia la desatención de los servicios sociales y, sobre todo, sanitarios:

> Yo me tiré casi cuarenta días atendiendo a mi madre con todos los problemas del herpes. Médicos, llamadas… 'dale no sé qué'. El otro: 'dale no sé cuántos…' No tuvieron en estos cuarenta días ni la mínima visita de un enfermero, de una enfermera, de nadie, nada. Todo por teléfono. Le daban un medicamento, íbamos a la farmacia y ya lo habían cambiado. Quiero decir que era, era un continuo: apáñatelas como puedas. (…) Una desinformación total. (Assumpta, hija, C177*)

Durante los primeros días del estado de alarma algunas empleadas del hogar que debían desplazarse en coche al domicilio de las personas cuidadas solicitan dejar de cuidar por miedo al contagio y por las dificultades de movilidad en un contexto de restricciones. Es el caso de Berta que el primer día del estado de alarma tuvo que ir a buscar a su suegra, que vivía en otro pueblo a unos 40 km. de distancia y que se había quedado sin cuidadora al solicitar esta la baja por el miedo al contagio y el riesgo para la salud propia:

> Nos dijo que tenía mucho miedo, que no quería venir..., que tenía miedo de contagiarse, que estaba muy enferma, que estaba muy grave, que..., y nosotros le dijimos: 'bueno ¿qué te pasa?'. Porque claro, no sabíamos nosotros que estuviese enferma esta chica. Si estás grave no vas a trabajar tampoco, te quedas en casa. Y le preguntamos: '¿qué tienes pues?', 'pues estoy muy mal, que estoy muy mal, estoy muy grave. Ya se lo he dicho al médico. Y el médico me ha dicho pues que coja la baja'. (Berta, nuera, C095*)

La covid ha significado la rehogarización, de momento definitiva, de Florencia, la suegra de Berta; una incorporación al domicilio que ha cambiado por completo la vida familiar y que ha creado situaciones de tensión. La apertura del centro de día en el municipio de residencia ha sido un alivio para la familia, mientras esperan la obtención de una plaza en una residencia pública que ya han solicitado.

Las situaciones más duras se han producido por la rehogarización de personas que estaban ingresadas en las residencias. El relato de sus familiares es el de los y las cuidadoras familiares, de personas que han cuidado buena parte de su vida al familiar que está ingresado, y que

siguen sintiendo la responsabilidad del cuidado. Su testimonio muestra como el cuidado, aunque de forma distinta, continúa tras el ingreso: "Yo le iba a dar la cena porque pensaba, qué menos que dársela yo, su hija" (Concha, hija, C128*). La familia que toma la decisión de ingresar al familiar en una residencia no deja de cuidar ni de sentirse responsable de la persona ingresada. La disposición moral del cuidado no termina con el ingreso en residencia. Por un lado, si la situación previa de cuidado ha sido intensa y prolongada en el tiempo (es el caso de muchas cuidadoras familiares), las secuelas del cuidado continúan tras el ingreso (la actitud de alerta, la falta de vida, el insomnio…) y se tarda en superar el estado anímico en el que vivía el cuidador o cuidadora previo al ingreso. Pero, por otro, la actitud de cuidado continua, aunque cambia de forma: el o la cuidadora familiar se preocupa de gestionar trámites; es quien mantiene contacto con la residencia, quien realiza las visitas, quien decora la habitación, quien realiza las llamadas, quien se encarga de llevarle las cosas que le gustan, quien hace que mantengan viva su identidad. A menudo las visitas a la residencia son diarias y se incorporan a la nueva rutina de la persona cuidadora, especialmente cuando no tiene otras obligaciones familiares o laborales:

> Claro, yo aquellos días aún podía acercarme y, algunos días, a media mañana ya estaba allí. Algunas veces todavía no había desayunado y podía estar a su lado. Después a lo mejor te quedabas después de comer y también estabas allí; o bien después, por la tarde, iba y jugábamos al dómino o dábamos una vuelta por el patio, o alguna cosa… (Cristina, cónyuge, C314*)

Siguen sosteniendo y sintiendo la responsabilidad del cuidado sobre sus espaldas. Si algo le pasa al familiar, la persona responsable de la gestión del cuidado siente la culpa. La pandemia lo cambia todo y hace que la ansiedad se multiplique. Concha (hija, C128), sacó a su madre de la residencia después de tener que interrumpir las visitas y de que la madre enfermara con la covid junto con la mayoría de las personas residentes:

> Sí, de 190 residentes, tenían 160 positivos. (…) Con todo esto, mi madre, aislada… la llamaba y estaba dormida y no nos llamaban… Sufrimos muchísimo. Y ella ya ha pasado la covid. Bueno, hasta que pasó un tiempo ella estaba aislada en su habitación, sola… No hablaba, la comida no sé ni cómo se la daban, porque a ella había que ayudarla. O sea, que tampoco querías profundizar… y decías: 'que sea lo que Dios quiera, que lo pase y a ver si la podemos sacar'. Yo, mientras tanto, como estaba confinada, pues llamaba a asistentes sociales, para ver las ayudas que había si la sacaba. Porque ya, en el momento que me dijeron que era negativa, yo la sacaba de allá, lo tenía clarísimo. Se lo propuse a mi hermana y dijo: 'estoy pensando lo mismo'. Quiero decir que, si ha de morir, que muera en casa, rodeada de los suyos. Porque, el miedo que yo tenía era que muriese sola. En el hospital estuvo sola [remarca]. (Concha, hija, C128*)

La pandemia ha impactado significativamente en las posibilidades de seguir cuidando en la residencia: no solo por los cambios y alteraciones que se producen en el régimen de visitas, sino por la angustia que supone tener ingresado un familiar en tiempos de covid y por el sentimiento de culpa que ello produce. También por el modo en que mueren, en soledad, y el dolor que conlleva. Quizás por ello, aparece un sentimiento de pérdida particularmente impactante para las personas cuidadoras que mantuvieron a sus familiares ingresados en las residencias. Este sentimiento de pérdida estuvo acompañado de otros sentimientos como el temor, la indefensión y la enajenación, derivados en gran medida de la dificultad de comunicarse con el familiar ingresado. Cambian de forma súbita las reglas de visitas y sienten que ya no puedan decidir acerca del presente ni del futuro de la persona mayor residente que está en manos, ahora más que nunca, de la institución.

Unas de las quejas principales de los familiares es el confinamiento y el aislamiento en que han estado los residentes, cosa que ha reducido y dificultado enormemente las visitas y la

comunicación entre el centro y el entorno comunitario (véase Capítulo 4). El contacto se ha reducido al mínimo, especialmente en el caso de residentes con afectaciones cognitivas. Los familiares de las personas ingresadas acusan unos protocolos de visita y unas medidas de protección que consideran excesivamente rígidos, que deshumanizan la relación e impiden realmente la comunicación, con lo que impiden el cuidado familiar que se ejercía antes de la pandemia. Las familias hablan de secuestro: "Es como si me lo hubieran secuestrado", dice Cristina (cónyuge, C314), que ha tenido grandes dificultades para comunicarse con su marido, a quien ingresó en una residencia pocos días antes de estallar la pandemia. El marido enfermó de covid, fue hospitalizado y una vez recuperado reingresado en la residencia. Esto produce desesperación, desorientación, ansiedad y, en algunos casos, indignación: "Era como un vacío, había desaparecido, no lo veía, no sabía nada", señala Cristina. Todas las personas que han participado en la investigación manifiestan miedo, incluso pánico, a no poderse despedir de los familiares con los que la pandemia ha cortado de pronto una relación de cuidado que a menudo era cotidiana:

> Antes de la pandemia íbamos cada día a darle la cena, para que continuara teniendo la relación con nosotros, que no nos olvidara, y de repente, pasamos a no poder ir a verla nunca, solo llamadas por teléfono. Hemos tenido suerte con la residencia porque nos envían audios, la podemos ver como cena… todo es vía telemática. Te da mucha sensación de tristeza, porque no puedes ni darle la mano, no puedes hacerle una caricia, acercarte… Ella no entiende nada de lo que está pasando. (…) Lo que nos da pánico es que no podamos despedirnos. Que llegue el momento y que no puedas ni cogerle la mano en el último adiós. Esto es espantoso, una sensación de agujero en el estómago tremendo. Son situaciones tan salvajes, que no lo pueda acariciar, que no lo puedas abrazar, que no puedas ir a verlo, es inexplicable. No cabe dentro de ninguna mente humana. Que tengas una madre en una residencia que no la puedas ir a ver. Es espantoso. (Marta, nuera, C217).

> Cuando vas a la visita no pasamos por la residencia, está toda cerrada; te llevan por detrás, como por un garaje y ahí habilitan un espacio como si fueras un bicho raro contaminante, y no accedes nunca al espacio de la residencia. Ponen dos mesas muy separadas, y te la colocan allí. Ella se queda durmiendo y llorando y luego se va. Es la incomunicación total. (Soledad, hija, C272).

En algunos casos, el confinamiento llegó a los pocos días de tener el recurso residencial. El aislamiento del entorno familiar conocido ha sido muy duro porque ha hecho imposible ejercer el cuidado familiar. Así lo cuenta Carmen (hermana, C055), de 46 años, quien cuida a su hermana discapacitada desde que murió su madre:

> Mi hermana entró en el centro residencial 24 horas el pasado 1 de marzo de 2020, después de años en lista de espera y tras muchas reclamaciones. (…) En principio estaba previsto que la pudiera sacar los fines de semana, pero solo la pude sacar uno, ya que el confinamiento lo decretaron días después. Durante los cuatro meses de confinamiento en la residencia, no he podido ir a visitarla y tampoco sacarla del centro. Todos los días la llamaba por teléfono y después de varias semanas habilitaron la videollamada, así que hablaba con ella por videollamada todos los días. La incorporación en su caso ha sido muy dura ya que, tras solo una semana de adaptación, ha estado confinada en una vivienda nueva, con gente que no conocía. Actualmente está totalmente adaptada. (Carmen, hermana, C055).

2.4.2. APOYOS INSTITUCIONALES ANTE LAS DEMANDAS DE CUIDADO DURANTE LA PANDEMIA

La entrada en vigor de los servicios mínimos durante el estado de alarma complicó e intensificó el trabajo de las personas cuidadoras en los hogares, principalmente mujeres. Afectó, entre otros, al servicio de ayuda a domicilio, lo cual conllevó en muchas ocasiones la reducción de los tiempos del servicio (véase Capítulo 3). Desgraciadamente, y al menos en el contexto rural, los apoyos familiares siempre provienen de las mujeres, por lo que, esas horas

de ayuda a domicilio que servían para un apoyo en tareas más costosas como, por ejemplo, asear a la persona, preparar la comida o simplemente despejarse, quedaban anuladas.

La insuficiente inversión en servicios sociales, sin duda, repercute en las personas más vulnerables y, en épocas de intensificación y de emergencia social como la que ha provocado la pandemia, la relación entre la ciudadanía y los servicios sociales se torna hostil debido, entre otros muchos factores, al exceso de burocratización, la falta de recursos y a la poca agilidad de respuesta frente a nuevas demandas. Así explica Jacinta (hija, C211) su experiencia cuando desde servicios sociales le querían desactivar el servicio de ayuda a domicilio: "(…) dijeron que dejaban de venir, entonces yo llamé a la trabajadora social y me hizo llevarle los informes míos del brazo, de cómo que era cierto. (…) Cuando vieron todo lo que yo tenía en el brazo, entonces decidieron dejarla". Las dos hermanas también son críticas con la gestión que realizaron los servicios sociales cuando su madre se rompió la cadera. Según ellas, fueron poco ágiles y resolutivos: "Yo en ese momento hubiera necesitado, aunque hubiese sido esos dos meses que estuvo con la cadera rota, yo hubiese necesitado mínimo una hora más, que me hubiera venido a ayudar a levantarla por la mañana y que me hubieran venido a acostarla por la noche", comenta Jacinta.

La puesta en marcha de determinados servicios online (fisioterapia) ha ayudado a la familia de Carlota a mantener los ejercicios que necesita su hija dependiente, valorando positivamente el no tener que salir de casa para recibir la sesión, en una situación donde los seis años de cuidados han sido definidos como un ir y venir frenético de terapias y hospitales:

> Lo que ha ocurrido ha sido curioso, porque, por un lado, ha sido un parón en todo esto, para todos; pero en nuestro caso ese parón nos ha venido muy bien porque, como te digo, desde el nacimiento [de nuestra hija], ha sido todo el rato, hospitales, terapias, hospitales, terapias, hospitales, terapias y en casa lo mismo. Y de lunes a domingo, porque esto no te puedes tomar vacaciones. Obviamente siempre ha habido días que no hemos podido hacer nada; o que no hemos querido hacer nada. Pero siempre estás ahí con la presión del tema de que a los seis años desaparece la plasticidad cerebral, los primeros seis años de vida son muy determinantes. Entonces dices 'Venga, voy a llegar hasta los seis, a tope', pero realmente pues es duro, llevar así, seis años sin parar. Entonces la primera fase de la pandemia fue un descanso brutal. De repente, estar en casa y tener tiempo para estar todos con ella, pues fue positivo. (Carlota, madre, C126)

En otros casos, la interrupción de los servicios de enfermería en los centros médicos ha puesto a las personas cuidadoras en la situación de tener que ejercer como sanitarias para determinadas cuestiones. Pablo (hijo, C204) ha curado las úlceras de su madre siguiendo el asesoramiento telefónico de los profesionales de salud, unas curas que "han sido hechas por nosotros, por mi hermana y por mí, sin ser sanitarios". Los demás problemas de salud de su madre también han dejado de ser atendidos, siendo la reanudación de las visitas médicas con los especialistas una de las mayores demandas de Pablo en el momento de la entrevista. En esta misma línea, Manuela comenta:

> Hay muchas bajas, es todo por teléfono y tú le explicas a una persona por teléfono que la abuela ahora está peor, que la sonda de mi madre se sale, a veces, yo ya realmente con el confinamiento pues he puesto yo la sonda, qué quieres que te diga, ya la he puesto yo. Yo he llegado a llamar y decirme que irían cuando pudieran, y estar sujetándole la sonda pues desde las nueve de la noche y sean las doce y media de la noche y no viene nadie. (Manuela, hija, C160)

La falta de recursos y personal sanitario han provocado desatención, incluso, en situaciones de urgencia. Este es el caso de Encarni, cuyo marido, postrado en cama desde hace años, empezó con fiebres muy altas y acabó siendo diagnosticado de covid:

> Dijeron que a la casa no podían venir, que había que llevarlo al hospital y hacerle una analítica (...) pero yo lo que me preocupaba era la fiebre ¿no? Que le hicieran las pruebas. Y entonces fue cuando, eso, ya me dijeron que había que llevarlo, pero como no venía la ambulancia, de vez en cuando, la de la teleasistencia me llamaba y me decía: '¿han llegado, han llegado?' Pues no, pues no, en fin, eso eran las cuatro y media de la tarde hasta las diez de la noche. Y ya dijimos: 'mire usted ya vamos a anular, ya hagan ustedes el favor de anular la ambulancia que estuviera disponible para venir', y efectivamente así lo hicieron. Y hasta hoy. (Encarni, esposa, C153)

El cierre de los centros de atención sanitaria y la atención médica telefónica, que no siempre la realiza el médico de familia habitual, es mal recibida por parte de los y las cuidadoras familiares de personas adultas con dolencias crónicas:

> No es que tenga una enfermera todo el día ni de casualidad, es que la enfermera igual de vez en cuando aparece, y encima ahora con lo del covid aparece bien poco, y alguna medicación me trae y… Y ya te digo, tengo un control. Si tengo un problema casi toda vía telefónica, ellas hablan con los médicos, y me comentan: 'pues el médico me ha dicho que hagas esto, o que hagas esto otro'. Esto ha sido en época de pandemia. (Amparo, madre, C060)

En definitiva, los servicios no han estado a la altura y las personas cuidadoras se han sentido desatendidas por un sistema sanitario colapsado y por un sistema público de cuidado social que en condiciones normales ya no cubre las necesidades de la población adulta dependiente. Las personas participantes en la investigación enfatizan que durante los meses de confinamiento más estricto (de marzo a mayo de 2019), la atención sanitaria y social a la ancianidad y a las enfermedades crónicas, prácticamente desapareció, dejando a las familias toda la responsabilidad del cuidado. La debilidad de las políticas y de los recursos de cuidado ha quedado en evidencia durante la pandemia.

2.4.3. CAMBIOS EN LAS REDES DE APOYO FAMILIAR Y COMUNITARIO

El cuidado social procedente de la comunidad, especialmente en los pueblos, también se resiente. Las rutinas en los espacios públicos comunitarios se desvanecen, no se puede ir a bares, a restaurantes, a parques, a supermercados. Todo ello incrementa el miedo al contagio que junto al confinamiento domiciliario produjo aislamiento social. Las personas cuidadas dejan de acudir a talleres y centros sociales e institucionales de cuidado y también dejan de salir a la calle, dejan de socializar con el vecindario, con amistades, con los miembros de la familia extensa. El encierro ha incrementado los deterioros físicos y cognitivos y ha provocado incomprensión en las personas cuidadas. Algunos participantes han manifestado la dificultad de retener en casa a las personas ancianas:

> Además, el papa, se ponía como muy agresivo, mucho. Le decíamos: 'papa, no se puede salir; papa, es que esto no lo puedes hacer; esto no puede ser así; es que la mama esto no lo puede comer; es que, a la mama, esto no se lo podemos hacer, es que no podemos…'. Pues, una noche, como tienen lo de la teleasistencia, llamaba para que le enviasen a la Guardia Civil, que las hijas les estaban maltratando. ¡Imagínate! (Assumpta, hija, C177*)

También las personas cuidadoras reducen su actividad social al máximo, salen lo imprescindible. Ello comporta aislamiento, encierro, inactividad y tiene efectos sobre las personas que cuidan. Casi todas las válvulas de escape han desaparecido, apenas queda internet y el teléfono como contacto con el exterior y los seres queridos. Y todo ello en un abrir y cerrar de ojos, sin tiempo para un reacomodamiento interno a la nueva situación. El cuidador o cuidadora familiar entra en un estado depresivo y de ansiedad más o menos visible. En ocasiones deja de estar en situación de cuidar y pasa a necesitar cuidados, pero su situación material le imposibilita abandonar su tarea. Sobre ello realiza una reflexión muy elocuente,

Marta, cuidadora familiar y presidenta de una Asociación de Cuidadores Familiares de la ciudad de Barcelona:

> Antes la cuidadora podía llevar a su familiar al centro de día, ahora esto se ha acabado. Esta persona, que tenía unas horas de distracción, que podía hacer una estimulación cognitiva, que podía estar con otras compañeras en el centro, todo esto se ha acabado. Ello es un problema para la persona que iba al centro de día y para la cuidadora, que tiene que estar todo el día pendiente de esta persona... es un problema para ambos. (…) Y esto lo ves. Antes eran personas más alegres, que podían salir, podían tener alguna pequeña válvula de escape… esto se ha convertido en estar todo el día sentada al lado de la persona dependiente y estarte las 24 horas así. Un día lo puedes aguantar, pero cada día... es duro ver a un familiar como está en un tobogán de bajada, que no se puede hacer nada, que sabes que al día siguiente no será mejor, que será igual. Es lógico este estado de ánimo depresivo. (…) Como cuidador esto te quema totalmente, te quema a tal punto que me pregunto si la atención que se les da a las personas dependientes es la adecuada, porque la persona cuidadora entra en un estado depresivo y en un estado de ansiedad muy grande. Una persona así no sé si está en buenas condiciones para cuidar a otra persona. Quizás necesitaría que se la cuidara a ella. (Marta, nuera, C217)

Se produce también una pérdida de la actividad social-comunitaria. Cuidadores y personas cuidadas dejan de realizar las actividades de estimulación y de acompañamiento social que se realizaban con anterioridad. De nuevo, Marta explica cómo la pandemia ha afectado las actividades que venían realizando en la asociación (talleres, tertulias, acompañamiento, apoyo mutuo), integrada por una decena de personas, hombres y mujeres cuidadoras. Estas han quedado reducidas al mínimo. Se reúnen una vez al mes y el único contacto permanente que tienen es vía telefónica y a través del grupo de WhatsApp. La asociación había nacido siete años atrás, justamente para romper el aislamiento de las personas cuidadoras, y crear vínculos entre ellas y se había convertido en un espacio de acompañamiento y apoyo mutuo esencial. También de activismo social y político por el reconocimiento y dignificación de la cuidadora familiar. Con la pandemia, comenta Marta, su presidenta, la actividad más reivindicativa ha cesado; ya no quedan fuerzas para el activismo, lo único que cabe es sobrellevar el día a día. El (auto)confinamiento como acto de responsabilidad para evitar el contagio propio y de la persona cuidada actúa como un factor de desmovilización y aislamiento:

> Te conformas con esto y por mal que estés piensas: 'es que si la saco, me enganchará el covid, se me caerá, ¿me lo cogerá, no me lo cogerá?'. Prefieres no mover nada. Y aceptas el quedarte en casa sabiendo que no es la manera, que no te hará bien, pero acabas asumiendo que no hay otro remedio. (...) La responsabilidad que sientes es muy grande. Incluso más que antes. Tanto para mover la persona dependiente, como para moverte tú. Si tú te mueves y sales, y vas con gente, tienes pánico... o sea, te aíslas. (Marta, nuera, C217)

Las tecnologías de la información y comunicación (TIC) han ayudado a mediar en el mantenimiento de la continuidad relacional y comunitaria de los grupos de apoyo. Las personas cuidadoras han incorporado los medios telemáticos de relación y se han sentido ayudadas y acompañadas por el grupo que, más que nunca, ha funcionado como un grupo auto-organizado. A pesar de echar en falta los abrazos, el grupo de apoyo la Colla Cuidadora encontró en las videoconferencias y llamadas telefónicas un poco de sostén emocional mutuo, entre personas cuidadoras, que, a su juicio, son quienes pueden entender por lo que se está pasando:

> Estas amistades empezaron con el grupo de ayuda. En el grupo que yo estaba, teníamos un grupo de WhatsApp e hicimos esto de la videollamada. Lo que te une a estas personas es algo que no te une con otros amigos, porque los otros siempre piensan que explicamos las mismas penas. En cambio, con los del grupo de ayuda, lo explicas y dices por WhatsApp lo que te haya pasado y cuando acabas, los amigos te dicen: 'es que a mí me ha pasado igual'. Y con ellos hacemos un grupo de apoyo. (Dolors, hija, F003*)

La comunidad se ha reducido al mínimo o, en muchos casos, ha desparecido durante la pandemia. El confinamiento domiciliario y el miedo al contagio han provocado aislamiento social y ha desarticulado las redes de apoyo comunitario. La afectación ha sido importante para personas cuidadas, porque han perdido actividad fundamental que les ha provocado un deterioro físico y cognitivo, y también para las cuidadoras quienes, en un escenario refamiliarizado y rehogarizado, han perdido ayudas emocionales y apoyos comunitarios fundamentales.

2.4.4. CAMBIOS EN LA CONTRATACIÓN DE LAS TRABAJADORAS DEL HOGAR Y DE CUIDADOS

El impacto de la pandemia y la sobrecarga de trabajo de cuidado que ha provocado en las familias la pérdida de recursos externos de cuidado a la que nos hemos referido, ha inducido a la contratación de una trabajadora de hogar en régimen de interna (véase Capítulo 5). Es el caso de Assumpta (hija, C177) quien, después de los primeros meses de confinamiento intentando conciliar el teletrabajo y el cuidado de sus padres en una zona rural, decidió contratar una trabajadora interna. En menos de un mes ya había contratado a dos porque la primera no satisfizo sus expectativas. Una situación similar relata Lucía (hija, C216). Al inicio del confinamiento, sus padres eran atendidos por una trabajadora de hogar que dejó de trabajar cuando comenzó el estado de alarma. Mientras Lucía buscaba a una nueva empleada, la trabajadora de hogar encargada de la limpieza, que llevaba muchos años en la casa, fue quien se encargó del cuidado de sus padres. La empleada de hogar que se incorporó dos o tres días más tarde fue sustituida por otra nueva poco tiempo después debido a que, a juicio de Lucía, la relación entre la cuidadora y sus padres no terminó de consolidarse. La relación con la empleada de hogar es considerada por ella como esencial para garantizar una buena calidad de vida de sus padres, puesto que, al no tener muchos más estímulos, y menos con la situación de confinamientoy pandemia, deben poder disfrutar de buena compañía, de la comida que prepara y de la estimulación cognitiva que pueda ofrecer la trabajadora contratada.

En algunos casos, las empleadas del hogar cesan su actividad de cuidados durante la pandemia, bien sea porque la familia así lo decide para evitar el riesgo del contagio, bien porque la cuidadora se siente vulnerable y decide interrumpir los cuidados por temor a contagiarse (véase Capítulo 5). Es el caso de la trabajadora contratada por Berta (nuera, C095) para cuidar a su suegra, que hasta el momento de declararse la pandemia vivía sola en un municipio rural. Para su cuidado tenían contratadas a dos trabajadoras. La decisión de una de ellas, cuidadora principal, de solicitar la baja médica por riesgo de contagio obligó a Berta y su marido a trasladar a su suegra a su propio domicilio. Se trata de una rehogarización del cuidado que impacta de forma muy potente en la vida de Berta que es quien, desde el género y el parentesco, asume, no sin tensiones, los cuidados, con cierta ayuda del marido y contando con la contratación de una cuidadora que acude todas las mañanas a levantar y a realizar la higiene a su suegra.

Las rehogarizaciones de personas cuidadas procedentes de las residencias también tienden a buscar apoyo externo de trabajo de cuidado. Concha (hija, C128) sacó a su madre de la residencia y ahora, en casa, dispone de un servicio de SAD público; cuando la entrevistamos estaba pendiente de contratar privadamente a otra empleada del hogar que liberara un poco a ella y a su marido de su dedicación al cuidado.

La pandemia ha provocado cambios importantes en las personas cuidadoras, en las personas cuidadas, y en los mosaicos y en los procesos de cuidado. Ha provocado deterioros en las personas cuidadas y en las cuidadoras por el fuerte impacto que ha tenido sobre la organización del cuidado. El cierre o la precarización de los recursos externos de cuidado ha provocado un fuerte shock en el sistema de cuidados que ha tenido que ser absorbido por las

familias, especialmente por las mujeres que han relatado situaciones de sobrecarga de cuidados excepcionales. Aislamiento, soledad, sobrecarga, incomunicación, son algunos de los calificativos que las personas participantes en la investigación han utilizado para referirse a los primeros meses de la pandemia. La frágil cartera pública de recursos de cuidado se quebró y las familias han encontrado en la contratación privada y precaria de mujeres cuidadoras, una posible solución, al menos parcial, para cumplir con el deber moral, con el compromiso de cuidar a sus familiares.

2.5. LA IRRUPCIÓN DE LA PANDEMIA EN LA VIDA PERSONAL Y EN LA SITUACIÓN ECONÓMICA DE LAS CUIDADORAS FAMILIARES

La pandemia ha transformado la vida de las personas cuidadoras y cuidadas, por el aislamiento provocado por el confinamiento obligado, pero también por el miedo al contagio, el temor a la calle y a la sociabilidad. Nos centramos ahora en los cambios sufridos y percibidos por los y las cuidadoras. Son cambios que afectan a la misma identidad de la persona que cuida, puesto que se han transformado las realidades cotidianas, y las situaciones de cuidado han pasado a constituir el eje central de la actividad diaria. La pandemia ha supuesto también entre los y las participantes de más edad, el descubrimiento de la propia vulnerabilidad, de la propia vejez y ha situado en muchos casos a las personas cuidadoras en posición de ser receptoras de cuidados. Los efectos económicos de la pandemia también se reflejan en las entrevistas. Pérdida del empleo, cambios en las condiciones laborales, teletrabajo estresante y difícilmente conciliable con la actividad del cuidado a los mayores y con el cuidado de los hijos e hijas, cuando las hay. Todo ello ha contribuido a dar un giro en las vidas de las personas cuidadoras.

2.5.1. CAMBIOS EN LA IDENTIDAD DE LA PERSONA CUIDADORA

Dado que los cuidados se trasladaron íntegramente a los hogares, recayó de nuevo sobre las personas cuidadoras, una actividad multidimensional que requería de atención y dedicación las 24 horas del día. Todas ellas reconocen que el trabajo de cuidados implica una carga emocional que repercute en su salud. Señalan que la mayor repercusión la tiene el hecho de ver cómo la persona querida se va deteriorando día tras día.

Una de las personas entrevistadas se encontraba precisamente en estas circunstancias, cuidando a un familiar con una situación avanzada de alzhéimer. En su discurso relata lo duro que resulta hacerse cargo de una persona que ni tan siquiera la reconoce. En estos casos las cuidadoras experimentan emociones y vivencias como son la pena, el dolor, la rabia, el duelo que se produce al no ser reconocida, y también, no reconocer a la persona mayor que cuidas debido al deterioro que sufre. Se produce una resistencia al cambio de roles que implica cuidar a la persona que siempre te ha cuidado. Se entrecruza el recuerdo de la fortaleza y la protección vivida en la niñez, con la angustia sentida por el marchitamiento y la fragilidad del cuerpo (BORGEAUD-GARCIANDÍA, 2016).

Marina describe el cambio en la relación con su padre, enfermo de alzhéimer, a raíz de la aceleración del deterioro cognitivo que sufrió durante el confinamiento. También la aflicción por "dejarle marchar" todos los días, por vivir ese proceso de muerte psicológica que supuso para ella la difuminación de la identidad de su padre y el cambio en su rol de hija, para asumir forzosamente el de cuidadora:

> Mi padre siempre ha estado ahí para darme soporte en todo lo que he necesitado y, de repente, era asumir ese rol [de cuidadora]. Y asumir ese rol es durísimo, te has de resituar y yo no quería resituarme. Yo no quería estar ahí, es que tú no quieres estar ahí, tú quieres que tu

> padre continúe siendo tu padre [risas]. Después, la simbología, cuando le preguntaba: '¿quién soy?', siempre era su madre o su hermana, nunca era su hija… ¡Es todo tan duro! (Marina, hija, C065)

Otras participantes comentaron sentir culpa y arrepentimiento (REQUENA y SUÁREZ-ÁLVAREZ, 2020) ante las dificultades encontradas para manejar los desafíos que el confinamiento introdujo en su situación de cuidado; cuestión que dejó a estas cuidadoras ante la incógnita de si podrían haberlo hecho mejor. Mari Carmen ilustra nítidamente este punto:

> [Me siento] mal, porque no querría ni chillarle, porque, a veces, le chillo, no querría chillarle porque le veo que no… Son cosas que no las entiende, pero como me pongo nerviosa, a veces, le chillo. Yo reconozco que le chillo. No debería, pero le chillo [risa]. Como él me chilla a mí, me envía a donde yo te diga… Pero, bueno, me siento mal porque pienso: '¿por qué tenemos que estar así pudiendo estar bien?'. (Mari Carmen, hija, C058)

Ante la pérdida y cambio en la relación con el familiar cuidado, otras cuidadoras desarrollaron estrategias para sobrellevar la situación de cuidados (LARGE y SLINGER, 2015) durante el confinamiento, por ejemplo, acentuando los aspectos positivos de su relación con la persona cuidada y centrándose en las habilidades que aún estaban intactas, como la expresión de emociones positivas: ternura, afecto, agradecimiento.

Otros cambios de roles se produjeron en aquellos casos en los que las cuidadoras de personas mayores son madres y, por ende, también cuidan a sus criaturas (el caso de la conocida como generación sándwich). La complejidad y densidad de los cuidados se incrementó porque la escuela también se hogarizó durante el confinamiento, trasladando al hogar todas las tareas educativas, y porque se expandieron otras demandas de las criaturas vinculadas al apoyo emocional que requirieron para hacer frente al súbito cambio producido en sus vidas, sus necesidades de socialización, de juego y la necesidad de entender lo que estaba sucediendo:

> Claro, yo estaba en casa, sí. Estábamos en casa. Mi marido estuvo teletrabajando y mi otra hija ha entrado a primero de la ESO este año y, evidentemente, era: 'mamá, esto no lo entiendo', 'mamá ¿esto crees que está bien?'. (…) Entonces, es un problema porque al que habla le estás haciendo caso, pero si la otra no te dice nada y esta así [gesto físico], pues a lo mejor le estás dando prioridad a la que te está preguntando y todo el rollo porque la otra está atendida: ha comido, la has cambiado y tal, pero está aburrida. Y no te da la vida para atender a las dos. (Amparo, madre, C060)

El confinamiento supuso para las cuidadoras la superposición en un mismo tiempo y espacio de tareas en dos o tres dimensiones vitales que requieren de dedicación continua. En esta coyuntura, la preocupación de las mujeres cuidadoras por ellas mismas y su estado de salud ocupaba el último lugar de su larga lista de responsabilidades y tareas. El escaso tiempo propio que antes habían tenido, desaparecía por completo.

Las mujeres cuidadoras señalan que, durante el tiempo de la pandemia, en el que han asumido la responsabilidad de atender a sus mayores dependientes o con discapacidad, sin contar casi con ninguna red de apoyo, el eje central a partir del cual se ha organizado su vida ha sido, sin duda, el cuidado de estas personas. El resto de las cuestiones familiares (hijos e hijas, relación de pareja, etc.) han quedado relegadas a un segundo plano y prácticamente ha desaparecido, cuando no lo ha hecho por completo, el espacio para ellas mismas (ocio, relaciones sociales, etc.). Cuando había criaturas, se han desdoblado para cuidar, con consecuencias aún peores para la propia salud.

En definitiva, la irrupción de la pandemia y las medidas decretadas en el estado de alarma para tratar de controlarla, especialmente el confinamiento, afectaron psicológicamente a las cuidadoras, generando la que hoy se denomina fatiga pandémica. Además, la hogarización de las diferentes dimensiones vitales como consecuencia de las medidas decretadas, implicó un

importante cambio en la vida personal de las cuidadoras familiares. El empleo, la escuela, los centros de día, los cuidados familiares, todo se concentró en el hogar y las tareas propias de cada una de ellas recayó sobre las cuidadoras. Ellas mismas afirman que la realidad generada a partir de la coexistencia de todos estos elementos repercutía en un incremento de preocupaciones, estrés, carga global de trabajo y, en definitiva, su estado de salud mental. Como relatan las entrevistadas, para ellas, las cuidadoras, la situación vivida durante el confinamiento fue extremadamente agotadora.

Destaca especialmente el aumento de la sensación de aislamiento de las cuidadoras, el alejamiento respecto a los grupos de la misma edad y respecto a las relaciones intergeneracionales. No poder salir a dar paseos y sentarse con las vecinas, o la ausencia de visitas de familiares a la vivienda, o no poder ver a otros familiares, son algunos de los ejemplos compartidos por las entrevistadas. Y también, dado que la covid marcó diferencias por grupos etarios, planteó el alejamiento entre generaciones. En este sentido, Encarni de 72 años y cuidadora principal de su marido expresa cómo el apoyo de su hija en los cuidados y la relación con sus nietos se ha visto limitada:

> Ahora las criaturas [sus nietos] con lo que ya sabe usted que está pasando pues ya los chiquillos los saludo cuando van al colegio, les doy besos, pero aquí ya no... Bueno, antes, últimamente, pues si venían, pero no últimamente ya llevan por lo menos desde que estamos ya más fuerte con esto pues ya de aquí no pasan, de la placeta para adentro. Y mi hija pues sí, ella venía, va, pero ya tampoco pasa, ya ellos me traen mis mandados, en fin, todo lo que necesito, la farmacia... (Encarni, esposa, C153)

Unido a esto, las personas cuidadoras han desarrollado estrategias de protección que producen mayor aislamiento, como por ejemplo buscar los momentos de menor afluencia en las calles para hacer recados como ir a la farmacia o bajar la basura. Algunas de las personas entrevistadas han expresado sentirse más vulnerables, especialmente las personas cuidadoras de mayor edad. La constatación de que la covid se llevaba la vida de las personas a quienes cuidaban, las ha proyectado hacia la situación de cuidado y se han vislumbrado a sí mismas como personas necesitadas de cuidados. La pandemia ha recrudecido el envejecimiento y lo ha hecho evidente incluso para aquellas personas que no se sentían en esta fase de la vida. Ha acelerado la incorporación de muchas y muchos cuidadores de padres muy ancianos, al grupo de personas mayores:

> ¿Qué me ha pasado? Pues que no me daba cuenta de que tenía la edad que tenía, sinceramente. Y otra cosa, que piensas más en la muerte. (…) Me he dado cuenta de que soy mayor. Si quieres que te diga la verdad, de esto me he dado cuenta. Quizás antes ya lo era, pero no me daba cuenta. (…) ¿Qué he echado en falta? No celebramos las fiestas de siempre [en Navidad]. No los puedo ver tanto [a hijos y nietas]. A las niñas las veo cada tres meses, etcétera. Y cosas así. Y que tampoco ves un punto final, porque los primeros tres meses, sí que vi el punto final. Bueno, todos nos lo imaginábamos, nos lo creíamos. Pero ahora, este punto no se ve. Pues ahora tengo más miedo que al principio. (Dolors, hermana, F003*)

Vemos que Dolors se refiere también a la falta de relación con los seres queridos que ha provocado el confinamiento, incluso a la imposibilidad de realizar celebraciones con los hijos y nietos. Todo ello acongoja, entristece y provoca cambios en el ánimo de las personas cuidadoras.

También han sufrido cambios de identidad las personas que han rehogarizado a sus familiares o las que se han trasladado a su domicilio para confinarse con ellos. Han sentido la pérdida de libertad de acción y han visto transformada su actividad diaria. En estos casos ha significado una renuncia a la vida de antes. Berta (nuera, C095), que ha vivido la rehogarización de su suegra como un conflicto personal, expresa que la situación "le ha afectado mucho, mucho, porque es una persona muy autoritaria (…). Todo el día está con el tráeme esto, tráeme aquello,

tráeme lo de más allá... tienes que estar siempre pendiente". En otros casos, la rehogarización no ha sido tan traumática a nivel personal. Assumpta que cambió de municipio para confinarse con sus padres, también pone de manifiesto su alta capacidad de adaptación a las situaciones nuevas. De todos modos, ella, a diferencia de Berta, no concibe la situación actual como definitiva:

> Me tocó a mí. Y lo volvería a hacer. Y lo que haga falta. Pero bueno claro, se te va comiendo la vida. Yo, por ejemplo, la vida que llevaba antes del covid no tiene nada que ver con la vida que estoy llevando a partir del covid. A mí la vida me ha cambiado al cien por cien. Primera, que de vivir en Tarragona me he tenido que ir a vivir otra vez aquí [se refiere al pueblo de los padres]. Segunda, que yo me entretenía con mis chats y ahora hago un gran esfuerzo porque [no puedo atender] los chats, [que son] mi hobby… (Assumpta, hija, C177*)

El confinamiento y el miedo a la pandemia ha provocado cambios en la vida personal de las personas cuidadoras. Las entrevistas narran miedos y sensaciones de vulnerabilidad nuevas que las han cambiado. Muchas de ellas habían sobrepasado la edad de jubilación, pero no se sentían mayores; la pandemia y el riesgo a contraer una enfermedad que se ha demostrado muy peligrosa en persones de edad avanzada, las ha situado frente a su propia vulnerabilidad. También la sobrecarga del trabajo de cuidado, las multitareas que han acompañado el confinamiento domiciliario, especialmente durante los primeros meses de la pandemia, han supuesto un deterioro emocional para las personas cuidadoras.

2.5.2. CAMBIOS ECONÓMICOS Y EN LAS CONDICIONES LABORALES

La pandemia ha tenido graves consecuencias económicas para algunas personas que han perdido el empleo, que han estado afectadas por un expediente de regulación temporal de empleo (ERTE) o que han visto desaparecer o limitada su actividad económica (turismo, hostelería…). Dolores (hija, C210) cuida a su madre y trabaja limpiando casas. Durante el confinamiento se quedó prácticamente sin trabajo: "me quedé solo con dos horas en una casa". Asha se quedó sin trabajo precisamente al inicio de la pandemia y tuvo que trabajar en la economía informal. Actualmente está en proceso de emprender un negocio de venta de productos de cosmética:

> Estoy despedida digamos desde marzo, porque estaba trabajando en el hospital y me despidieron sin motivo. Pero estoy bien. (…) No, no estoy en el paro ni nada, estoy despedida digamos así, por la cara. No sabía por qué, no sé… ahora tengo el abogado, pero estoy denunciando la empresa, y estoy haciendo con mis derechos. (Asha, hija, C131)

Desde el punto de vista económico, cabe mencionar que la rehogarización del cuidado ha implicado un coste económico para las familias, tanto si estos vivían en sus casas como si estaban en una residencia pública. Concha (hija, C128) sacó a su madre de la residencia, a pesar de que cuenta con la prestación vinculada a un servicio de SAD no cubre todo el gasto, por lo que debe añadir un importe considerable para tener atendida a su madre. También Nina (hija, C078), que en la entrevista se situó en clase media-alta, reagrupó en su casa a sus padres con el incremento que ello supone en los gastos domésticos y de manutención, pero la dificultad de verbalizar las materialidades económicas asociadas al cuidado, junto a una situación económica que le permite asumir estos gastos, le impide plantear el tema a sus padres:

> Sí, sí. A ver, a mí personalmente, sí, es verdad, que yo me he traído a mis padres a casa y, mis padres, pues, bueno, pues es verdad que viven de su pensión, pero yo no les pido nada, o sea yo me hago cargo de todos los gastos de la casa. Pero es verdad que es porque yo también quiero ¿entiendes? Pero es que yo no tengo cara para decirle a mi padre: 'oye, dame dinero para ir a la compra'. Están conmigo y bueno, pues, es la casa de San Francisco, donde comen cuatro comen cinco. Y entonces pues sí, es verdad que hay un montón de medicinas que no

> entran dentro de la Seguridad Social que tú debes pagar, que esas personas necesitan. (…) Exactamente, eran gastos que no los tenías antes y ahora sí los tienes. (Nina, hija, C078)

En las familias cuidadoras el impacto económico-laboral está relacionado con su situación de clase o nivel socioeconómico. Una vez más, los niveles medios y altos han sufrido en menor medida las consecuencias económicas derivadas de la pandemia y han podido externalizar el cuidado contratando a una persona cuidadora que absorbiera la sobrecarga de trabajo provocada por el cierre o la reducción de los servicios. En cambio, entre las personas cuidadoras, sobre todo mujeres, de condición humilde, los cuidados han sido completamente familiarizados. Es el caso de Dolores, trabajadora del hogar por horas, que durante el confinamiento se quedó prácticamente sin trabajo y se turnó los cuidados de su madre con su hermana:

> Sí. Nos hemos encargado las dos también (durante el confinamiento). Nos turnábamos, yo por las mañanas y mi hermana por las tardes. Claro, pues había días que también es verdad que mi hermana no estaba trabajando y ha estado todo el día con ella. (Dolores, hija, C210)

La necesidad de conciliar trabajo y cuidados, en general, se suele percibir como un asunto solo de mujeres. Así, la jornada parcial, por eso, se configura de manera feminizada; y en los países donde esta es más frecuente, la distancia de género es mayor puesto que la jornada parcial penaliza la promoción profesional de las mujeres (NUÑO, 2010). El incremento del tiempo de cuidados causado por la refamiliarización ha requerido reajustes en la conciliación laboral de las mujeres cuidadoras. Concha (hija, C128), por ejemplo, después de unos meses organizando el mosaico de recursos de cuidado con los que atiende a su madre, ha decidido solicitar una reducción de jornada laboral para dedicarle más tiempo y, sobre todo, para liberar a su marido de cuidarla mientras ella trabaja.

Es muy habitual que el cuidado saque del mercado laboral de forma temporal o permanente a un importante porcentaje de mujeres en el período más activo de sus vidas. La actual pandemia y el confinamiento que se vivió desde marzo de 2020 ha supuesto esa suspensión de la actividad laboral, la ha modificado y, en algunos casos, ha implicado un incremento de las labores de cuidado. Amparo está cuidando a su hija afectada de una discapacidad severa y la covid modificó las normas de acceso al centro donde acude su hija. Dejar el trabajo le ha parecido la mejor opción para resolver el problema:

> No nos ofrecen comedor, ni en junio ni en septiembre, porque el cole es privado-concertado, mientras que en los colegios públicos sí que se está dando comedor en junio y en septiembre. (…) Es un cole que funciona muy bien, tiene muchos profesionales… Pero esto del horario, aparte de que no te permite conciliar la vida familiar, laboral y toda la historia… En mi caso la niña va por las tardes. Entonces hemos decidido que, si antes yo trabajaba y tenía que dejarla en el cole, (no hacía falta que) contratara alguien para que le fuera a dar de comer. Yo la recogía en el cole y me dejaban un espacio adecuado para que una persona externa entrara y le diera de comer. Ahora no. Ahora con el tema del covid no dejan entrar a nadie, ni a los padres. Entonces decidimos, preferíamos, que la niña se quedara en casa, buscar a alguien que sea capaz de darle, porque la niña llevaba una alimentación… No come por la boca. Tiene un botón aquí, lleva una sonda, una bomba… Es muy complicado. Dejar a una niña en sus circunstancias no era para dejar a cualquiera para que te la líe, porque tiene que ser alguien que sepa de qué va. (Amparo, madre, C060)

En los casos entrevistados, la situación laboral de las personas cuidadoras familiares es una variable clave para hablar de la influencia de la pandemia en sus circunstancias económicas. Cuando la situación laboral es estable y de cierta calidad relativa (funcionaria de carrera, funcionaria interina y jubilado) las personas participantes han transitado por la coyuntura de la covid sin tener que añadir demasiadas preocupaciones económicas. El teletrabajo ha sido una de las preocupaciones durante el confinamiento, tanto por la necesidad de adaptación al

nuevo sistema de trabajo como por la necesidad de conciliar trabajo y cuidados en la intensidad de un hogar que se convirtió en un espacio más polivalente que nunca: escuela, centro de salud y cuidados, oficina y, superlativamente, espacio de vida.

El cambio en la modalidad de trabajo implicó un esfuerzo de adaptación sin tiempo ni preparación alguna para ello. El teletrabajo bajo las coordenadas del confinamiento del pasado mes de marzo supuso por sí mismo una carga de trabajo para las personas entrevistadas, especialmente para las mujeres:

> Pues sí, al final, siempre somos mujeres las que asumimos… y, entonces, las consecuencias que ello crea a la empresa… Porque claro, las mujeres siempre no sé qué. El teletrabajo, pero si yo estoy haciendo teletrabajo y hay momentos en que se altera todo el asunto [se refiere al cuidado de los padres] y me llaman: 'corre, ven'. O si no, se me presentan aquí a las seis de la tarde… Que, total, tienen que cruzar la calle, me vienen a casa a las seis de la tarde y me dicen: 'es que me duele el brazo' o el papa dice: 'que a tu madre le duele mucho el brazo, ¡ven, corre!'. Bueno, al final pues sí, somos las mujeres las que siempre nos encontramos en esta situación. (Assumpta, hija, C177*)

Ante el desbordamiento de las circunstancias de la conciliación durante la pandemia, algunas de las personas entrevistadas, siempre mujeres, solicitaron bajas médicas, lo que les permitió cuidar sin la presión del trabajo remunerado, a pesar de la repercusión en la reducción del salario. En el caso de Assumpta, durante el primer mes de confinamiento, el cuidado de sus padres y el teletrabajo le creó mucha ansiedad, hasta el punto de tener que solicitar la baja, un recurso que como ella misma afirma, "me salvó". También Angélica nos comentaba que trabajar, cuidar a su padre, limpiar dos casas y preparar la comida para toda la semana la desbordó:

> Pedí la baja en el trabajo porque no había quien cuidara a mi padre en el hospital, nadie. Mi hijo me ayudó, el único que puedo decir que me ayudó es mi hijo. Yo tuve que pedir una baja médica por depresión, cogí algo de depresión, el médico lo vio factible y me dio una baja y yo estaba mañana, día y noche, menos los momentos que mi hijo venía y me echaba una mano con mi padre. (…) Sobre todo, en el confinamiento, fue en abril o mayo cuando tuve que coger la baja para cuidar a mi padre. Una baja médica te supone que no llegues a los 600 euros ese mes. Entonces ese mes se me enlazó un mes con el otro y tampoco trabajaba mucho. Fue donde más duro, y más negro lo pasé. (Angélica, hija, C129)

Los efectos de la pandemia sobre las economías familiares y sobre la situación laboral de las personas cuidadoras también incide sobre la organización del cuidado. El teletrabajo ofrece la posibilidad de conciliar en el hogar trabajo y cuidados, algo que ha castigado especialmente a las mujeres que han visto muy incrementada una carga de trabajo doméstico que ha sido especialmente dura para las hijas-madres cuidadoras de la generación sándwich, con hijos en edad escolar, teletrabajando y con progenitores dependientes.

2.6. SALUD Y CUIDADOS

Durante la primera etapa de la pandemia, Fernando CONDE (2020) señaló la dominancia ideológica de lo que denominó hospitalocentrismo, ya que el interés político-mediático se centraba en la disponibilidad de camas y de unidades de cuidados intensivos (UCI), como si no existieran más niveles de atención y cuidado sanitario. Posteriormente, señala este autor, hacia mediados y finales de abril, empezó a emerger una cierta preocupación por la atención primaria. No obstante, según observamos en nuestro estudio, el ámbito de los hogares se encontró, durante casi toda la pandemia, desprovisto de un nivel aceptable de atención sanitaria. Por ello, fueron las estrategias privadas las que primaron a la hora de atender la salud de las personas mayores y dependientes en los hogares.

En este apartado, analizamos cuáles fueron estas estrategias. El intento por controlar la exposición a la covid y la vulnerabilidad específica de estos grupos fueron, justamente, los dos factores que se entretejieron en la vida de las personas cuidadoras, quienes tuvieron el desafío dentro de los hogares, de sobrevivir en las mejores condiciones, ellas y las personas cuidadas, a la pandemia.

Felipe GAYTÁN-ALCALÁ (2020) desarrolla el concepto Hogar Mundo para comprender las nuevas formas de habitar durante la pandemia. En este espacio se traslapan las relaciones sociales-familiares y amorosas con las actividades públicas mediante el teletrabajo. A su vez, el eslogan #Quedateencasa constituyó un intento de cuidado, pero también un imperativo, una orden que fue acatada en parte por miedo, tanto a la enfermedad como a la autoridad. El Hogar Mundo es significado como un espacio en el que es posible "…tener el control de las cosas, un lugar de confinamiento que administra los miedos pero que genera ansiedad por escapar hacia cualquier lugar. Hogar Mundo establece la distinción entre nosotros y los otros-extraños-de-la-calle, los sanos frente a los posibles enfermos, la solidaridad entre los propios y la desconfianza con el resto de la sociedad" (GAYTÁN-ALCALÁ, 2020: 23).

2.6.1. MALABARISMOS ENTRE LOS VARIADOS ASPECTOS DE LA SALUD

Retomamos en este apartado la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS) que indica que la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia. Es una definición que resulta pertinente ya que el confinamiento afectó todas esas dimensiones y produjo, además, una paradoja. Preservó en parte la salud física y la vida en la medida que disminuyó la posibilidad de exposición de la población al virus y, con ello, mitigó el contagio y la proliferación de la enfermedad; pero al mismo tiempo produjo consecuencias indirectas, con un impacto diferencial y más perjudicial en los grupos de mayor vulnerabilidad.

Se produjeron daños en las tres dimensiones de la salud. A nivel físico, la reducción de la movilidad derivó en dolencias añadidas relacionadas con problemas musculoesqueléticos. Además, el efecto monopolizador de recursos que produjo la pandemia perjudicó de un modo indirecto la salud, debido a un déficit en la atención de la población en general y, en particular, de los grupos con mayores dolencias, como las personas mayores y dependientes. En lo relativo a la salud mental, se incrementaron las situaciones de estrés, las depresiones y otras patologías que, según Lorena GARCÍA-FERNÁNDEZ *et al*. (2020), afectaron en mayor medida a quienes ya tenían algún trastorno mental. Y en lo social, aumentó la sensación de soledad vinculada con el aislamiento que transformó a las amistades e inclusive a los familiares no convivientes en el otro, el de afuera, el peligroso, que puede traernos el virus a casa, único espacio seguro. El destino, la fatalidad, la apelación a las creencias religiosas, también fueron elementos presentes dentro del malestar psicológico personal y social vivido.

La covid produjo una alteración en la relación compleja en que el cuidado articulaba cotidianamente hasta entonces las tres dimensiones de salud enunciadas por la OMS. También puso en una situación dilemática a las personas cuidadoras. ¿Cuáles podían ser las consecuencias de la pandemia sobre la salud mental de las personas cuidadas si procuraban un cumplimiento estricto del aislamiento para preservarlas de un posible contagio que pusiera en riesgo su vida?

Las nuevas rutinas de cuidados se diseñaron haciendo malabares, en medio de dudas y en un contexto de fuerte incertidumbre, buscando equilibrar el resguardo frente al contagio con la protección de la salud mental y social. La crisis pandémica produjo un estado de deliberación social sobre la pertinencia o no de las nuevas normas, a veces no comprendidas, pero, además, cambiantes en función de la evolución de la pandemia. En nuestra investigación observamos

que, en el caso de las personas que cuidan, la razonabilidad fue un elemento central, por lo cual la falta de cumplimiento se produjo cuando las normas no se comprendían o cuando les resultaban inaplicables a su situación, o porque se ponía en juego otros aspectos, como los señalados respecto de la salud mental.

2.6.1.1. DIMENSIÓN SOCIAL DE LA SALUD: LOS OTROS, LOS NUESTROS

La estrategia principal de lucha contra la propagación del virus fue el aislamiento. Pero en algunos de los casos analizados, se produjo un sobre-aislamiento, ya que una cierta reclusión en el espacio doméstico era una realidad vivida por muchas cuidadoras desde siempre:

> Con una niña así te sientes un poco incomprendida y te separas socialmente de otras personas, porque tenemos un ritmo vital que es difícil de cambiar. Entonces, con otras personas con o sin hijos, hay una flexibilidad de comer fuera o quedarte hasta más tarde, hay una flexibilidad que nosotros ya no podemos tener. Entonces realmente para estar en contacto con otras personas se tienen que adaptar a nuestro ritmo. Todo esto de la pandemia ha hecho que el momento social sea mucho más pequeño. No porque ahora mismo haya que evitar los momentos sociales solamente, sino porque nos sentimos agredidos, mucho, en cada momento, ¿no? Con la gente que va fumando, la que lleva mal puesta la mascarilla. De repente, para mí, cuando salgo a la calle, noto como mucha falta de consideración. Entonces, antes era un poco así, pero ahora es mucho más así. (Carlota, madre, C126)

En el caso de Carlota se extrema la situación de confinamiento previa y, además, ella vive como agresión las actitudes poco cuidadosas frente al virus por parte de otras personas anónimas, de la calle, en general. La pandemia hizo aflorar, al cambiar las normas sociales de un modo drástico, al ser colectivo, invisible en lo cotidiano cuando la pauta social está acatada y normalizada. Se produce una mayor certeza en torno al aspecto colectivo del cuidado, que no llega a ser una conciencia de necesidad de los otros, porque no existe, quizás, un discurso que le dé sutura. Al contrario, los espacios comunes son lugares a evitar, donde uno se puede contagiar y, por tanto, al mismo tiempo que se pide comportamiento ciudadano se incita a un rechazo del colectivo, del estar juntos.

El vínculo con los otros pasó a realizarse mediante las redes sociales virtuales entre personas conocidas, de forma espontánea, o, como en el caso de la hija de Milagros, impulsada institucionalmente por el taller ocupacional para personas con discapacidad:

> Hemos tenido suerte, porque del taller han estado muy pendientes de los críos y entonces teníamos muchos mensajes del taller. Se mandaban fotos los compañeros de unos a otros a través del WhatsApp, y juegos, bailes… o sea que la hemos tenido muy entretenida, ¿sabes? Conselleria lo ha sugerido o mandado, no lo sé, pero hay talleres que sí que han hecho y talleres que no. (Milagros, madre, C343)

La protección de los seres queridos fue adquiriendo un abanico de formas, desde una mayor presencia física y la intensificación del contacto telefónico, hasta la ruptura con las recomendaciones oficiales y los auto-permisos para las salidas al exterior. Así lo expresa Loinaz:

> Salías por la noche cuando nadie podía salir, cada tres días y, 'vamos a darte una vuelta', decía a sus padres. Y con mucho miedo al principio por los contagios, ¿sabes?, pero bueno, pusimos unas medidas un poco bruscas: allí no entrábamos con ropa de la calle, nos poníamos una bata, teníamos guantes allí, bueno, lo seguimos haciendo. Las cosas que usamos en su casa son las de su casa y las de la calle son las de la calle. Yo decía: 'si se coge el covid porque se lo he contagiado yo, me da algo'. Pero, por otra parte, también pensaba: 'bueno, pues, que tiene casi noventa años, ya lleva dos años casi sin salir de su casa, lo han conectado al oxígeno, pues, si se muere… qué le vamos a hacer'. O sea, un poco está este doble pensamiento. (Loinaz, hija, C073)

Nótese la ambigüedad en el testimonio de Loinaz: muchas medidas de seguridad a nivel individual (bata, guantes), pero salidas de noche y a escondidas que rompían con las medidas gubernamentales. Tiene miedo, pero asume el riesgo, desarrolla su jugada.

Viñeta 2.4. Elisabet, la reorganización familiar del cuidado para preservar la salud

Elisabet (C040) es una mujer de 67 años, jubilada. Es la mayor de cuatro hermanas y cuida a su padre que vive a cinco minutos caminando. Antes de la pandemia el padre iba a comprar el pan, paseaba por el barrio, jugaba a la petanca con sus amigos. Recibía apoyo de una trabajadora de la limpieza quincenalmente, pero la familia prescindió de estos servicios.

Con el estado de alarma, Elisabet y sus hermanas decidieron organizarse. Elisabet fue la cuidadora principal, su segunda hermana (recién jubilada) dio positivo en coronavirus y no pudo unirse al cuidado hasta su recuperación. Las otras dos hermanas se encargaron exclusivamente de las compras. Elisabet pasa a realizar más horas de trabajo de cuidados, visitando a su padre tres veces al día: por la mañana, al mediodía, cuando le llevaba la comida y le hacía compañía, y a última hora, cuando preparaba la cena en casa del padre y se quedaba otro rato haciéndole compañía. Una de las actividades que echa en falta el padre es jugar a la petanca. Por ello, Elisabet potenció que el padre telefoneara a sus amistades: "le preguntaba si había llamado a alguien y si le habían llamado". Aunque el padre no sintió aburrimiento, Elisabet destaca la amargura que sintió por un dolor causado por problemas en su pierna.

Durante el confinamiento Elisabet intentó que su padre se mantuviera activo físicamente. Le animaba a subir con ella al terrado para realizar un poco de gimnasia, aunque sin éxito, pues temía ser descubierto por los helicópteros de la policía, que sobrevolaban los edificios. Elisabet lamenta que a su padre la pandemia le ha cambiado bastante la vida y que de repente se ha vuelto dependiente: "los fallos de memoria que está teniendo, antes no tenía ni uno, él controlaba todo perfectamente".

El aislamiento y la sobrecarga de cuidados fue muy difícil de sobrellevar. En algunos casos provocó un sentimiento de pérdida del sentido de la vida, sobre todo en las personas cuidadoras en las cuales la sociabilidad jugaba un papel central. En otras, se manifestó como aburrimiento, pero también, aparecieron sentimientos de pérdida de control sobre la propia vida y de duelo frente a la muerte súbita de un familiar, incrementado por situaciones trágicamente atípicas de muerte en soledad y velatorios de círculo íntimo ya que quedaba reducido a la familia más cercana para evitar el contagio.

En otro plano, los aplausos han sido un modo de escapatoria frente al aislamiento, que adquirió relevancia y constituyó un paliativo, un espacio de sociabilidad. El significado de los aplausos que todos los días a las 20 horas se realizaba en los balcones y ventanas, como modo de reconocimiento dirigido al personal sanitario constituyó, en la práctica, mucho más que eso. Pasó a ser un ritual diario de encuentro social en el que se reconocía la situación padecida como una tragedia compartida. En un contexto marcado por las restricciones y la generación del distanciamiento social, esta era una actividad importante en los días vaciados de contenido para las personas mayores que les permitía un cierto contacto social con el vecindario, a pesar de que solo fuese visual. Trascendían así los muros del hogar y las fronteras de la familia que les incluía en la comunidad.

2.6.1.2. DIMENSIÓN MENTAL DE LA SALUD: UN EQUILIBRIO DIFÍCIL DE LOGRAR

Lorena GARCÍA-FERNÁNDEZ *et al*. (2020) en su estudio sobre personas con trastornos mentales y pandemia, señalan que sus datos apoyan la existencia de una relación entre no tener las necesidades básicas cubiertas, la presencia de violencia y el aumento del uso de medicamentos respecto de un nivel más severo de síntomas depresivos en personas con desórdenes mentales. También, que la ausencia de actividad física en personas con trastorno mental se asocia a la presencia de síntomas depresivos.

Hemos de tener en cuenta, como veremos a través de los testimonios, que una parte significativa de las personas cuidadas tiene algún grado de trastorno mental derivado de la edad o la discapacidad. Además, existieron otros elementos de vulnerabilidad que generaron un incremento de las dificultades y un agotamiento por la intensificación del trabajo que supuso la pandemia en las personas que cuidan:

> Cuando estuvo tanto tiempo encerrada, pues cada vez era más dependiente de mí, porque claro, al estar en una época normal, ella a las nueve se iba al taller [de personas con diversidad funcional], estaba con compañeros, con otras personas… fuera de la familia… y esa independencia ella la va asumiendo, salíamos mucho a pasear, con las amigas, pa' arriba, pa' abajo. Al todo eso cortárselo, pues ha tenido que volver otra vez a tener poca confianza en la calle. Porque ella decía que en la calle estaba el bicho. Su problema es un miedo agudizado muy grande, tiene limitaciones, el miedo que la atenaza, a lo desconocido y lo que ella no controla le da... como pánico. Ahora es como tener una sombra todo el día, pues que… me voy al baño y en seguida ya ella está: 'mamá, mamá, mamá'; [la madre responde] 'déjame, Cristina'. Me voy a duchar, enseguida: 'mamá, mamá', ella tiene que saber dónde estoy y tiene que estar controlándome. Ella se puede menear, pero ella tiene que saber dónde estoy yo. (Milagros, madre, C343)

Cristina, la hija de Milagros, tiene 42 años y una dependencia grado III. La covid la hizo retroceder en su proceso de autonomía, retrotraerse a situaciones superadas donde el miedo la paraliza, incrementando a tal punto su dependencia que su madre la identifica con la metáfora de que es su propia sombra, impidiéndole disfrutar hasta de sus momentos más esenciales.

En la mayoría de los casos, la salud mental fue una cuestión que generó mucha preocupación en las personas cuidadoras. Frente a la opción de un control estricto de medidas sanitarias priorizaron el estado anímico y el apoyo afectivo a las personas cuidadas. Inclusive en los casos en los que se contagiaron, sus cuidadoras mencionan que la sensación de riesgo pasaba a un segundo plano, porque deseaban que no se sintieran desatendidas o aisladas, tanto física como emocionalmente. Loinaz nos cuenta lo importante que puede llegar a ser el contacto físico para la salud de las personas que se encuentran en estas situaciones:

> Y cuando la das un abrazo notas que respira diferente, notas que agradece ese abrazo y si te dice algo, a veces, le notas como, como emocionada en la voz ¿sabes? Notas así la voz un poco emocionada. Y mi padre últimamente también cuando te echas así encima de él, te da como unos golpecitos en la espalda, como diciendo: 'ya lo sé, ya lo sé'. (Loinaz, hija, C073)

Loinaz, a su modo, nos muestra que la salud es un todo complejo y sin fisuras entre sus distintos aspectos, porque están en constante interacción. El bienestar emocional mejora, como nos relata, la respiración.

2.6.1.3. DIMENSIÓN FÍSICA DE LA SALUD: CONVIVIR CON QUIEN DIO POSITIVO DE COVID

El coronavirus es un virus oportunista porque intensifica sus efectos donde encuentra personas que ya tienen otras patologías y prolifera en espacios donde la interacción humana es intensa, sea por la liberalización de las conductas recreativas o por la concentración de individuos convivientes. En el caso de las residencias de personas mayores se dieron varios factores juntos: un mundo interior con densidad de relaciones entre personas con alto riesgo por padecer otras enfermedades, muchas derivadas de la mayor edad. La ventilación y los espacios exteriores son menos propicios, lo que marca también una cierta estacionalidad en los contagios, por las costumbres humanas de variar el estar dentro o fuera en las distintas épocas del año.

En este contexto, la muerte es percibida como una posibilidad incrementada. Y un momento clave de desborde y ansiedad es el que se produce cuando la persona cuidada da positivo de covid, más si pertenece a uno de los denominados grupos de riesgo. Este es el caso del marido de Encarni, de 72 años. No obstante, a ella la prueba le da negativa y no entiende por qué no se ha contagiado siendo su cuidadora:

> Mi marido ya cayó enfermo, y ya lleva dos años también en cama y de hecho ha cogido el virus, que antes de ayer dio positivo. Yo hasta ahora he dado negativo, pero, bueno, ahora estaba viendo la tele y están hablando sobre eso, los negativos, si eso pueden ser negativos falsos... O sea, yo necesito información, claro. Y, a veces, pues... Claro, la necesito, pero yo no sé tampoco desenvolverme sobre esa... Pero bueno, sobre todo es que yo me tengo que cuidar y ya me han dado el EPI este en salud. En fin, que yo llevo… todas las precauciones son pocas, pero... estoy asustada, esa es la verdad. (Encarni, cónyuge, C153)

Al no entender esta situación, también desvaloriza las medidas de seguridad:

> Un auxiliar me dice: 'me han comentado en la empresa que se ponga usted también mascarilla cuando venimos', y yo le digo: 'pues ahora mismo', y me la pongo. Pero, claro, Jorge [su marido] está allí en la habitación y yo estoy a tres metros. Y es que... yo creo que ya no necesito la mascarilla, ya no lo sé… Es que no toco ni la cocina, es que cuando voy a entrar ahí, me pongo mis guantes, el EPI este que me han puesto, de arriba a abajo, y visera. (Encarni, esposa, C153)

Encarni no comprende por qué no se contagió, transmite un sentimiento mágico de inmunidad, pero a la vez, manifiesta miedo y necesidad de entender. Y su comportamiento es el resultado de una mezcla: cumple algunas medidas e incumple otras, sin aparente lógica, al menos para quienes tomamos contacto con ella. Tiene los elementos de protección, pero no sabe qué debe hacer con ellos. En el caso de Nina, las tres personas convivientes, incluida ella, se contagiaron:

> Tuve mucho miedo porque cualquier síntoma, todo, te atendían por teléfono y solo si tú considerabas que estaban mal, llamabas al 112 y los llevabas al hospital. Entonces bueno yo, gracias a Dios, tenía pues oxímetro en casa, tenía aparato para la tensión y gracias a la ayuda de una prima mía que es médico los estuve controlando, hasta que una noche mi madre empezó a ahogarse y tuve que llamar al 112 y efectivamente se la llevaron y nos confirmaron que ella tenía covid. Cuando mi madre vino del hospital, la tuvimos aislada a pesar de ser nosotros también positivos. Me parecía absurdo porque si estábamos todos contagiados pues era una tontería dejar a una señora de 88 años pues en una habitación sola. Pero bueno, lo hicimos. (Nina, hija, C078)

Nos cuenta la dificultad que tenía para llevar a cabo las tareas, al igual que la poca claridad o la sinrazón que encontraba a ciertas medidas:

> Al principio me ponía las bolsas de basura estas grandes por encima [a modo de EPI] porque tampoco tenía mucho más, ¿sabes? Yo es que decía, pues si es que me parece tan absurdo porque yo lo he tenido y yo lo tengo, o sea, es que no, no lo entendía, pero bueno. Y entonces al principio sí que me lo ponía, luego yo me decía: 'mira, chica, si es que... Tampoco me va a pegar más de lo que ya tengo'. (Nina, hija, C078)

En cualquier caso, se evidenciaron dificultades para adaptar las prescripciones sanitarias al entorno de convivencia familiar, de atender a todos los detalles y, también, porque al igual que Encarni, Nina tampoco estaba convencida de la utilidad de la protección. Encarni, porque desarrolló una fantasía en torno a una supuesta inmunidad. Y Nina, porque no comprendía la necesidad de llevar "las bolsas de basura", porque ella misma ya estaba contagiada, sin tener en cuenta la posibilidad de re-contagio o las variaciones del virus. Otro caso es el de Alonso, ya que la noticia del positivo le llevó a trasladarse a convivir con la persona mayor:

> No pensé en la forma de contagiarse que había, no pensé en nada, nada más que 'mi madre está mala; me voy a vivir para allá con ella y pues a ver qué es lo que puedo hacer'. (…) Tenía tanta preocupación que yo no pensaba en si mi madre me iba a contagiar o no me iba a contagiar, yo no pensaba en eso, lo único en lo que pensaba era en que mi madre se pusiera bien, ¿sabes? Que estuviera por lo menos lo más cómoda posible pasando lo que estaba pasando. (Alonso, hijo, C081)

Alonso nos habla de la exigencia unida al sufrimiento de la situación:

> Pues ya te digo que fueron momentos muy malos para mí porque yo ver a mi madre muchas noches sin poder dormir, con fiebre, con tiritonas y eso, pues es bastante duro. Y luego, por otro lado, me parecía como que volvía... en ciertos momentos, así, parecía como que volvía otra vez a hacer el servicio militar, porque por las noches me ponía como despertadores para tomarle la temperatura, para darle alguna medicación. (Alonso, hijo, C081)

En la entrevista puede observarse el estrés derivado del temor a la muerte del ser querido que se está cuidando en forma a veces precaria, por carecer de los conocimientos médicos necesarios para una atención de calidad.

En definitiva, las personas cuidadoras sufrieron un sobre-aislamiento, por la reducción de los apoyos de las redes familiares por temor al contagio, y también, de los servicios públicos y contratados en el mercado. Además, debieron absorber cuidados sanitarios para los cuales no estaban preparados en un contexto de gran incertidumbre. Veamos, entonces, cómo conciliaron otros aspectos de sus vidas personales y familiares.

Viñeta 2.5. Nina, cuidadora en solitario de su madre, de su padre y de sí misma

Nina (C078), de 56 años, vive con su marido y su hija en Ávila. Días antes del confinamiento ingresaron a su madre en el hospital por otras dolencias, y cuando decretaron el estado de alarma, Nina pensó que su madre y su padre estarían más seguros con ella en su casa. Entonces, su marido y su hija se trasladaron a la casa de otra de sus hijas.

Pero días después de esta rehogarización, su madre empezó a encontrarse nuevamente mal y finalmente fue diagnosticada de covid. La teoría de Nina es que podría haberse contagiado en el hospital. Al cabo de unos días, Nina y su padre empezaron a tener síntomas también.

Llamaron al teléfono covid para poder confirmar si tenían la enfermedad, pero debido a la saturación de aquel momento nadie les realizó ninguna prueba y les recomendaron estar en casa quince días. Durante ese tiempo, Nina tuvo que seguir cuidando a su madre, a su padre y a ella misma.

Pasados los quince días, Nina paga una prueba para las tres personas convivientes y es entonces cuando ve que aún siguen contagiados, por lo que, ante la falta de indicaciones por parte del centro de salud, decide seguir en aislamiento otros quince días más. Nina cae en una depresión, pero sigue cuidando. Nos comenta que su vida ha cambiado para siempre, ya no solo por cómo le ha afectado a ella sino a su familia en general. Su padre no muestra secuelas significativas, pero, en cambio, ha pasado de ser una persona "sana" a ser una persona dependiente con grandes pérdidas de memoria y movilidad. Todo ello ha provocado que a día de hoy sigan viviendo con ella, aunque su marido y su hija han vuelto a la casa y ahora la ayudan con los cuidados de la madre.

2.6.2. IMPACTO DEL CONTAGIO DE COVID EN LA SALUD

Las secuelas derivadas de haber padecido la infección por covid son diversas y han afectado de forma intensa tanto a las personas cuidadas, pertenecientes o no a grupos de riesgo, como a las personas cuidadoras. Crearon o incrementaron las situaciones de dependencia de personas que, aun siendo mayores o con una discapacidad, tenían autonomía y buena salud. Y en las personas cuidadoras, también hay secuelas físicas y mentales.

Una de las cuestiones señaladas en varios testimonios es el deterioro cognitivo en las personas que han estado internadas por la covid una temporada en el hospital:

> El día 6 de marzo se cayó, se dio un porrazo y se rompió la cadera. Pasó dos operaciones, cogió el corona en el hospital y se tiró allí 85 días. Pensábamos que no volvía, pero aguantó. Desde ese momento ha perdido la noción del tiempo, de las cosas, ya no razona, ya casi no habla, ya no hace absolutamente nada, necesita totalmente de nosotros. Y eso ha ocurrido más puntualmente ahora, aunque anteriormente ya tenía una dependencia, él vivía todavía solo y se levantaba, se acostaba, su higiene… Nosotros le ayudábamos. Pero desde el día de la caída… Sabíamos que con 100 años cualquier día nos tenía que llegar. Pero la obligación de hacernos cargo totalmente de él se ha acelerado por la dichosa caída, por la dichosa pandemia… y ahora ya es totalmente dependiente. (Pedro, hijo, C042)

> Mi madre cuando vino del hospital, donde estuvo diez días, pues, tuvo todas las secuelas que se pueden tener, habidas y por haber. (…) Estaba perfectamente, ella te llamaba por teléfono, te hablaba por WhatsApp... lo hacía todo, y ahora le cuesta llamar por teléfono, se le olvidan los números, la memoria la tiene pues perdida, pues a lo mejor se acuerda de lo que pasó antes, pero de lo que pasó hace cinco minutos no, la tienes que razonar mucho, hacemos todos los días muchos ejercicios con ella, qué día es hoy, en qué mes estamos, porque ahora ella no sabe ni qué mes, ni qué día de la semana, ni qué años es. (Nina, hija, C078)

En su caso, Nina también nos habla de la afección de su propia salud (recordemos que ella también estuvo infectada):

> El gusto y olfato va y viene. Ahora me he tenido que cortar el pelo porque se me cae muchísimo. También me cuesta todavía respirar. Ahora mismo tengo una bronquitis, pero es porque mis pulmones todavía están un pelín afectados. Sigo tomando pastillas para la depresión, porque tenía muchísimo miedo, o sea, yo, las noches que yo estaba mal y que mi madre estaba mal, que me decía el médico que había empeorado, que a mi padre yo le veía mal, yo solo pedía a dios que nos muriéramos los tres, porque yo ya no podía aguantarlo. Y luego, aparte, pues yo tenía que dar cara a mi padre de que todo estaba bien y de que íbamos a salir de todo esto. (Nina, hija, C078)

Podemos decir que lo que evidencian las distintas personas entrevistadas que se han contagiado de covid, es que la sobrecarga de cuidados conlleva un deterioro físico y mental, sobresaliendo las situaciones de depresión, insomnio, pérdidas de peso, estrés, soriasis, pérdida del olfato.

Los problemas emocionales y psicológicos parecen obtener una respuesta del sistema sanitario que se limita a la prescripción de medicación, como comenta Carlota:

> Yo, propiciado por el comienzo del curso, he tenido unas semanas muy complicadas. Y sobre todo mi gran problema ha sido que no podía dormir por las noches. O si me dormía, me dormía dos horas. Durmiendo muy poco y con mucha ansiedad. Y mucho bloqueo emocional. Le comenté la situación a mi médico de cabecera, y me dijo que, aunque era una situación de estrés muy difícil, no era suficiente para dar una baja médica, porque esto va a durar muchísimo tiempo, entonces que me adaptase a las circunstancias. Y a raíz de esto me ha recetado unos somníferos, y desde que los tomo, pues bueno, me he ido adaptando mejor a la situación. (Carlota, madre, C126)

Quienes se han mantenido en casa a lo largo del desarrollo de la pandemia, también han tenido problemas de salud derivados del uso de medidas de higiene más o menos agresivas, como el caso de la madre de Pablo (hijo, C204), que le ha derivado en una alergia a los productos de higiene (desarrollando candidiasis, eccemas...).

Igualmente, la falta de estímulos asociada a la enfermedad y a la falta de contacto social, han incrementado la dependencia de las personas mayores. En el caso del familiar de Elisabet le produjo dificultades motrices y psicológicas para moverse autónomamente en la calle:

> Después de la situación esta, se ha quedado bastante peor de cómo estaba. Entonces, ahora ya... prácticamente, eh... bueno, él está... solo en casa, pero por ejemplo para bajar a comprar, pues una u otra de mis hermanas vamos y le acompañamos. Para ir al banco, para ir a comprar, para... prácticamente le acompañamos a todo. Y, se ha visto muy afectado a nivel motriz, a nivel también... psíquico. Se despista muchísimo, que antes no se despistaba nada. (Elisabet, hija, C040)

Las consecuencias de la pandemia también fueron indirectas, en personas que no vivieron el contagio, como en los tres casos que siguen:

> El confinamiento afectó... a ver, físicamente sí, porque no tenían el gimnasio disponible [estaba en una residencia para personas con discapacidad], y ella tiene problemas de movilidad, usa una órtesis de tobillo y tiene distonía muscular, aparte de un poquito de artrosis, por eso lleva un bastón, y contracturas musculares, entonces no poder hacer ejercicio de la misma manera que lo hacía antes del confinamiento, le afectaba porque tenía más dolores. (Carmen, hermana, C055)

> Yo le obligaba a que el desayuno se lo hiciera él, porque no implica fuegos, solo microondas. Pero desde hace dos meses a esta parte… ya no. Ha adelgazado muchísimo, ha perdido toda la masa muscular porque ya no sale a la calle, de desplazarse, de tener sus rutinas, de jugar a las cartas, de ver a los amigos, toda esa red social que a él le daba autonomía, al quitársela le ha dado un bajón muy grande físicamente, mucho. Él era muy activo, salía 4 o 5 veces al día, dos a hacer gimnasia, dos a los jubilados, comprar el pan era su obligación, a comprar la fruta, claro al… ya no poder hacer nada. O ya no quieres hacer nada. (Lara, hermana-hija, C039)

A todo ello, se suma la nostalgia del adiós a los seres queridos, con la incertidumbre de si se hubiera podido hacer más:

> Fue empezar el confinamiento y empezó a decaer, se refriaba, parecía que estaba resfriado. El problema de que el médico no podía venir a verlo, entonces empezó a decaer hasta que… se puso grave. Los médicos decían que era tos, que no podían hacer nada. Durante todo el confinamiento, todos los domingos iba a la farmacia a cambiarle un medicamento y eso me quemaba también, porque el único día de descanso que tenía, era para la farmacia, para ir a urgencias, para médicos… Hasta que al final le sacaron lo que tenía, un tumor, hasta que falleció en mayo (Angélica, hija, C129).

2.6.3. CUIDAR LA SALUD DE LAS PERSONAS DEPENDIENTES, EN EL MARCO DE OTROS CUIDADOS FAMILIARES

En el caso de Manuela que ha de conciliar los cuidados de más de una persona, su misma situación le ha llevado a no poder aislar a su familiar cuidada, porque cuando no puede dejar a su hijo de 12 años con alguna otra persona, opta, entonces, por llevarlo a casa de su madre:

> (…) de vez en cuando, pues no le puedo dejar tantas horas solo. Ya se hace de noche muy pronto, no es como el verano, entonces pues está en su instituto y bien ahí, pero claro a la habitación de la abuela no entra, directamente entra al salón, y a la habitación de la abuela la que entro soy yo, y él está aparte y además más lejos de dos metros, es que estamos en otra habitación. Y ya está. (Manuela, hija, C160)

Este es otro aspecto que hemos observado, algo así como una redefinición del propio concepto de conciliación, porque los cuidados de unos (las criaturas), con covid, resultan incompatibles con los cuidados a otros (los abuelos). Lo mismo le sucede a Nina (hija, C078): “Se vinieron mis padres a mi casa y eché de casa a mi marido y a las niñas, los mandé a la casa del campo para quedarme sola con ellos, con mis padres, pues, por protegerlos…”.

En otras situaciones, sea porque se tenían mayores comodidades o porque prevaleció el miedo, el aislamiento de la persona mayor se incrementó, como en el caso de la madre de Jacinta a quien confinaron en una de las plantas de la vivienda:

> Tuvimos mucho miedo, porque es una persona mayor que tú tienes aquí y en cualquier momento, pues, si uno entra, si otro sale... Yo prácticamente no salía, las niñas…, yo tengo una casa abajo y otra casa arriba. Las niñas prácticamente han hecho vida arriba por no estar dónde está la abuela. Y han intentado traer lo menos posible de amistades y tal. (Jacinta, hija, C211)

Otra malabarista ha sido Lara que ha tratado de combinar múltiples cuidados en una única vivienda. Separada con dos hijos y con dos personas dependientes a su cargo, su padre mayor y su hermana con discapacidad:

> A ver, lo de los niños tele-estudiando, pensé: yo no puedo pretender que estos niños hagan un horario normal. Ellos van a hacer los deberes, pero yo no voy a pretender que se levanten a las 8 de la mañana ¿para qué? si tienen todo el día. Es inútil, si me dices bueno es que después sales o después haces, pero es que estábamos en 4 paredes… Y atención, ellos venían de estar con el padre, venían de Italia y de Madrid, grandes focos. Entonces los tuve dos semanas en cuarentena en una habitación, ellos la llamaban 'la caverna'. Y... después no querían salir: 'no, no, mamá queremos seguir comiendo en la caverna'. Claro los tuve dos semanas, sin ir al salón a ver la televisión, por donde pasaban ellos al baño yo iba: 'flis, flis, flis', desinfectando porque yo no sabía si ellos lo llevaban [al virus]. Y tenía a mi padre y a mi hermana de riesgo, alto riesgo. Y después ya pasaron las dos semanas. (Lara, hermana-hija, C039)

Evidentemente el tamaño de la vivienda, el número de personas convivientes, las distintas vulnerabilidades por enfermedades previas, la posibilidad de traer el virus a casa, incrementada en el caso de Lara por los niños de vuelta de un viaje, pero también en los casos de quienes trabajan en ámbito sanitario, la convivencia con personas que dieron positivo, entre otros factores, modificaron los hábitos de entrada y salida, como así también, los movimientos en el interior de los domicilios. Pero en las diferentes entrevistas realizadas, si bien es cierto que redujeron el contacto de las personas mayores con terceras personas no convivientes, no lo es menos que en una porción importante de casos se ha mantenido el contacto con las personas familiares más cercanas considerándolo como una estrategia de protección de la salud mental de las mayores. Se ha valorado que era más negativo o perjudicial para la salud de las personas mayores la privación de la compañía de las personas más cercanas, que un posible contagio de covid. En cada caso la decisión de hasta qué grado de parentesco se permitían las visitas a las personas mayores ha variado, permitiéndose en unos casos hasta los nietos y en otros, solo las hijas. Pero no se podía reducir a cero, porque alguna persona debía mediar entre el espacio interior y el exterior.

2.6.4. ESTRATEGIAS DE PROTECCIÓN Y AUTOPROTECCIÓN

Para cuidar la salud en el hogar, ha sido importante contar con buena información. Pero la información desde los medios de comunicación era percibida como engañosa. En otras ocasiones, difícil de hacer entender:

> Mi hermana [con discapacidad] no comprendía muy bien por qué de repente se había parado todo, por qué tenía que estar confinada, eh...Veía en las noticias y decía bueno, pues quince días más. Ella eh.... se frustraba cuando veía que pasaban los quince días y veía que se alargaban otros quince días más, cuando hablaba conmigo decía: 'Chacha, te voy a ver en quince días' [porque estaba en una residencia] y luego veía que no era posible y, efectivamente, eso les ha ido minando un poco. Sobre todo, porque no tenían actividades, los talleres estaban cerrados, los gimnasios. Los psicólogos, el personal estaba bajo mínimo y…,

> junto con el desconcierto que había en la sociedad, porque no podíamos decirle realmente, porque tampoco lo sabíamos [risas], qué estaba pasando y por qué. (Carmen, hermana, C055)

La pandemia por coronavirus tiene algunas similitudes con la expansión del SIDA en las décadas de 1980 y 1990, como la falta de una cura y la posibilidad de una muerte inminente. "Se pensaba que este [el SIDA] se podía transmitir por medio de la saliva o el sudor, lo cual evidentemente generaba un ambiente de estigmatización en torno a los portadores del VIH. Esto se tradujo en… un manejo de utensilios de comida diferenciados para los pacientes, así como su aislamiento" (MARÍN y RIVERA, 2008: 334). En el caso de la covid, el respeto de las normas preventivas fijadas por las autoridades, como el aislamiento en caso de contagio o sospecha, el mantener la distancia social, el uso de gel, de mascarillas, el lavado de manos y un largo etcétera, se conjugó con otras medidas que en los hogares se fueron estableciendo, como la limpieza con lejía o gel hidroalcohólico de zapatos y de cualquier objeto que ingresara al domicilio, que a veces respondían al contexto de incertidumbre informativa y otras a los propios temores por los cuales, en ocasiones, se exageraban las precauciones. En 2021, los distintos medios de comunicación corregían las instrucciones iniciales, porque ya se contaba con nueva evidencia científica y señalaban que el contagio por contacto con superficies era mínimo, pero ello se anuncia luego de que, en los hogares, escuelas, universidades…, se hayan fregado cientos de superficies:

> Entras en una especie de obsesión por todo lo que has tocado. Y llegar a casa de mi madre era pues eso. Dejar el calzado fuera, la comida en la puerta. Era todo un poco obsesivo, paranoico, pero el temor era muy grande. Y todavía hoy en día no he tenido ocasión de quitarnos la mascarilla y darle un abrazo o un beso. Ventilando mucho; abrir las ventanas constantemente. Ahora llega el frío y tengo un poco de temor a que pueda resfriarse. Estas son las medidas fundamentales. Intentar ir lo más desinfectado de todo lo que lleve de mi centro [escuela de música donde trabaja]: mi mochila… Primero paso por casa. Han sido unos meses de mucho estrés. (Pablo, hijo, C204)

Del análisis de las entrevistas surge de forma clara la dificultad para ejercitar el autocuidado. Si en épocas normales cuidar de una persona dependiente es absorbente, en pandemia esto se multiplicó. Lo que expresan es fundamentalmente agotamiento:

> Te encuentras que no tienes fuerza ni para decirle buenos días a tu hija, a tu marido, al que sea que tengas en ese momento al lado. Tienes ganas nada más de estar pues sola y a oscuras y no hablar con nadie, porque tienes que estar pendiente de ella las 24 horas. (Jacinta, hija, C211)

Hay una ausencia casi total de actividades de autocuidado o de cuidado personal por parte de las mujeres cuidadoras principales. Es por ello que Nina (hija, C078) nos dice: "Es que no he vuelto a tener desde el mes de marzo ni un momento para mí". Y Assumpta (hija, C177*) señala: "No dormíamos de noche ni de día. Llegué a estar quince días, pues, que si dormí una hora al día, dormí mucho. En un agotamiento total".

Vemos que el autocuidado, incluso cuando se define como necesario, no se practica de manera sistemática y, así, el tiempo de las personas queda divido entre el trabajo productivo remunerado y el trabajo de cuidados. Como comenta Lucía y Patricia:

> A ver, yo creo que como cuidadora no existe agotamiento o casi no existe. El agotamiento viene pues por la suma de las dos partes, de la parte laboral, que en mi caso me absorbe prácticamente todo el día, prácticamente no, me consume todo el día, pero de lunes a domingo. (…) A lo mejor hay que bajar el nivel de exigencia y buscar momentos para uno, buscar tiempo libre para poder desarrollar el nivel personal, lo que a uno le dé la gana, que le haga evadirse. Además, no sé, mentalmente no descansas nunca. (Lucía, hija, C216)

> En mí era lo último que pensaba… me encerré en mí misma. Emocionalmente el covid me ha pasado factura. Antes era un persona activa, alegre y ahora activa pero cabizbaja, no tengo alegría, me cuesta más sonreír, de todo. Yo tuve que pedir una baja médica por depresión, cogí algo de depresión, el médico lo vio factible y me dio una baja. (Patricia, hija, C038)

Algunas entrevistadas expresan encontrar su espacio propio en el entorno laboral. Debido a una parte del perfil que hemos trazado, mujeres con trabajos precarizados y feminizados, cuyos entornos labores se convierten en un espacio de apoyo, como es el caso de Angélica (hija, C129) que trabaja en un almacén de envasado hortofrutícola: "En el trabajo, entonces te desahogabas. Contar lo que, en tu casa, no podías contar, porque no podías hablar con nadie".

En el caso de Lara, una mujer multicuidadora, de su padre dependiente, su hermana con discapacidad y sus dos criaturas, ella busca, cada semana dos horas para sí mismas, no obstante, su trabajo, tal como nos relata, es agotador:

> Me quita energías… pero hay momentos… más densos que digo yo, más cargados… emocionalmente estoy más susceptible, más… sensible. Y entonces lo que en otras situaciones lo resuelves en nada, pues esa vez, pues no. Entonces te desgasta y te agota. Pero no físicamente, mentalmente, porque es llegar a todo... que la reunión del colegio, que tenía que firmar la reunión de Lucía para no sé qué y tienes que poner el pañal y el no sé cuántos y el menos… Y hay veces que no llegas o se te olvida algo. Porque es la organización del día a día y si algo falla, a ver, el mundo sigue, obviamente, no es nada grave, pero ya hay algo que no ha ido como debería. Y yo no soy para nada perfeccionista eh, pero sí que… es porque en el momento lo tenía que hacer pues he tenido que hacer otra cosa, entonces ya vas dejando cosas colgadas. Como subes la escalera y te dejas un peldaño con algo y subes otra y ya se acumula. (Lara, hermana-hija, C039)

De este modo, el propio cuerpo y su desgaste no es mencionado, es como si no existiera permiso para la queja. Sí que nos hablan, en cambio, del agotamiento y del quedarse sin fuerzas. Y lo que más surge son las situaciones relacionadas con el estrés, sobre todo, la ausencia de tiempo propio y el desgaste emocional que ello les produce. Las expresiones utilizadas por las entrevistadas, como la necesidad de evadirse, la falta de alegría, el estar cabizbaja, el querer estar sola y a oscuras, describen de un modo significativo los efectos del encierro en una situación de una altísima demanda de trabajo de cuidados.

La consulta al médico de cabecera para solicitar bajas por estrés, ir al fisioterapeuta, y la realización de gimnasia han sido algunas de las herramientas utilizadas para el autocuidado. En ocasiones incluso este autocuidado se realizaba en paralelo al acompañamiento de la persona dependiente en tanto no se la puede dejar sola. Ya con la desescalada, algunas cuidadoras mencionaron hacer uso del ingenio para poder escapar del entorno cotidiano (durante la siesta, por ejemplo, de la persona cuidada) para andar y tener un tiempo solo para ella.

2.7. VALORACIÓN DEL CUIDADO. RECONOCIMIENTO E INVISIBILIDAD

La valoración del cuidado es abordada, en primera instancia, como el valor sentido frente a la actividad de cuidar y sus aspectos más penosos. Luego, se analiza el valor que las personas que cuidan otorgan a la constelación de cuidados, es decir, a los sujetos, familiares y profesionales, que les brindan apoyo. Finalmente, se reflexiona en torno a cómo las personas perciben su género y las posibles discriminaciones en el acto de cuidar.

Quienes cuidan a personas mayores suelen estar en el último periodo de su vida laboral o ya se han jubilado. Como señalan Marcelo PIÑA y Verónica GÓMEZ (2019: 30): "el rol de cuidadora, para las mujeres, traspasa con mucho la edad reproductiva, pero a medida que avanza el ciclo vital, queda invisibilizado, no por el género únicamente, sino por una

construcción de la vejez que supone que las personas pierden sus roles, por lo cual deben 'llenar' el espacio dejado por el rol que tenían antes de alcanzar la adultez mayor como la única forma de mantenerse socialmente integradas (en el mejor de los casos) o para no representar una carga para las personas más jóvenes, en el otro extremo". En nuestro estudio, como veremos, apenas hemos recogido algunos testimonios en los cuales los roles de género son señalados como elemento diferenciador de las situaciones de cuidado ya que en la mayoría de los casos las cargas del cuidado son asumidas como un compromiso familiar, por ser hijas o hermanas, sin intersecciones que vinculen el parentesco al género.

Todo ello, considerando que las personas entrevistadas no consideran el cuidado familiar como un trabajo, sino como una obligación moral, algo que sienten que deben hacer. Algunas personas lo expresan con conflicto, otros con emociones positivas, a pesar de expresar también la dureza:

> Yo creo que lo hago [cuidar a la hermana] un poco por la promesa que le hice a mi madre, que la hice yo sin ningún… porque sé que ella murió tranquila, porque era su… su espinita, de decir: 'qué hago', porque ellos toda la vida han estado buscando fondos para hacer arriba, en el centro adónde va Lucía, una residencia. No sé… no se ha llegado a hacer. Y mi madre siempre me decía 'es que si hicieran la residencia…', más que nada para buscar una vía ellos ¿sabes? Pero, por un lado, creo que, no sé, un sentimiento de responsabilidad, no sé si se llama así o no, de decir: 'es que, si no lo hago, quién lo hace'. Me sentiría mal si la enviara a un centro. (Lara, hermana-hija, C039)

En el testimonio de Lara, como en otros, aparece una y otra vez la preocupación de los progenitores en torno al futuro de sus hijos e hijas con discapacidad. Y son las hermanas y hermanos quienes generalmente asumen el cuidado, lo cual les genera presión sobre sus nuevas familias:

> Con mi madre ya nos ocurrió cuando se hizo tan mayor. Tuve que hacer cosas que no pensé que haría en mi vida, como cambiarla, limpiarla, [risa] los pañales… y ahora con mi padre. Nunca, en mi vida, lo había visto desnudo. Y ahora tengo que desnudarlo, vestirlo, cambiarlo, limpiarlo … y no me caen los anillos. O sea, no es una cosa grata, no es una cosa gustosa. Ni el trabajo, ni el verlo, ni el asearlo, ni cambiarlo, ni limpiarlo; pero tengo que hacerlo, se hace y ya está… los dos nos entendemos muy bien, mi hermano y yo, lo tenemos muy claro: que mi padre mientras esté vamos a cuidarlo, vamos a tratar de llevarlo lo mejor posible y lo tenemos asumido. Sí hay que quedarse un día, somos nosotros, si hay que hacer algún esfuerzo extra, llevarlo a un médico, si hay que… Es cosa nuestra, en el sentido de que no decimos a nuestras mujeres: 'ves y llévalo tú'. Ellas están por la labor de colaborar, desde su posición de amas de casa con sus obligaciones, con nosotros para que nos sea más fácil. Pero tenemos claramente asumido que es nuestra responsabilidad como hijos de mi padre… hasta que el hombre… hasta que Dios quiera. (Pedro, hijo, C042)

Pedro es un hombre de clase alta, católico, está jubilado y comparte con su hermano el cuidado de su padre. Encontramos en estos dos hermanos un concepto moral religioso de un cuidado que deben asumir personalmente y no derivarlo a sus esposas, por su vínculo de sangre por encima del jurídico-político. Observamos, también, en su definición del cuidado, cierto conflicto entre el miedo a que se haga daño y el miedo a restringir la libertad de la persona cuidada:

> Le puedes cuidar, pero lo que no la puedes es atar. (…) Yo no puedo cerrar las puertas… tabicarlas, yo no puedo hacer eso. Entonces yo le decía a mi hermano: 'se nos va a caer y se va a acabar', 'él dice que no, él dice que no'. También yo aceptaba ese comentario. (Pedro, hijo, C042)

La gran dependencia, cuando la persona va desconectando socialmente, desubica a los familiares, les produce angustia. Los nietos y las nietas, en este caso, jugaban hasta hacía poco

tiempo un papel importante como acompañantes. Pero con la gran dependencia del abuelo, su círculo de cuidados se restringe a quienes le proveen los cuidados directos (los dos hermanos). Podemos observar, por ejemplo, cómo la idea de deber moral en Pedro resulta algo más importante que la idea de satisfacción por una tarea bien hecha (satisfacción intrínseca en el cuidado). Esta idea tiene contenido religioso, es su deber con su padre, pero también, está acompañada de la idea de ayuda al prójimo. El cuidado, en esta concepción, es algo que se debe regalar, y aunque tenga a dos personas contratadas, Pedro prefiere decir: "que les ayudan", no habla de servicio doméstico, porque son gente de confianza de toda la vida (claro, ello en detrimento de los derechos que derivarían de una contratación formal). Pero su concepto del cuidado está muy centrado en algo que no puede ser mercantil. También rechaza, quizás por eso mismo, la idea de institucionalización. En otro plano, sí que tienen un SAD municipal y pide el reconocimiento municipal de la Ley de la Dependencia.

Al igual que Pedro, otras cuidadoras también señalan como ingratas y desagradables las tareas de cambio de pañal de las personas dependientes cuando no hay control de esfínteres y también aparece la desnudez como elemento que irrumpe en unas relaciones paterno o materno-filiales, teniendo que romper un tabú y marcando un escalón más en el nivel de deterioro de la salud.

En el caso de la hermana de Lara se ponen en juego otros elementos. Ella, la hermana con discapacidad, valora mucho más los cuidados de Paco, pero porque es su amor platónico y, entonces, amenaza con abandonar a su hermana cuidadora para irse con Paco. Pero Lara la comprende, además, para ella misma, el tener a otras personas como su amigo Paco, que integren una constelación de cuidados, le resulta de gran ayuda:

> Mi hermana está enamorada de un amigo mío, de Paco, que la adora. Y él se la llevó tres semanas a su chalet. Y claro para ella eso es… vacaciones ideales, es todo, porque él está ahí, la cuida, él y su pareja, la cuidan, le ponen crema… Ella es el centro de atención. Claro, cuando vino a mi casa, de depresión. Ella entró a casa, esto es el pasillo, yo estaba en esta habitación, entra, hizo un alto como diciendo: 'para', y me dijo: 'que yo me vuelvo a ir, eh', y yo: 'vale, vale, tranquila, eh, tranquila'. Y… a ella le fue muy bien y a mí también. Y mi amigo me decía: 'pero que mala persona que eres que no llamas nunca a tu hermana' de así, de broma. Y yo le decía… 'Paco, que no te sepa mal, pero es que es una menos en que pienso', y no sé si será bueno o malo, pero… desconecto mi cerebro de esa parte. Yo creo que es por no hacerme daño ¿sabes? porque si no, siempre… nunca dejas de… Siempre está ese cordón umbilical que nunca te permite… ser libre. De hecho, ahora que no tengo a mis hijos, tengo a los otros dos [el padre dependiente y la hermana con discapacidad]. Y es verdad que mi hermano se los ha llevado y ha habido días que yo estaba sola, que decía: '¿y ahora qué hago?, ¿qué hago?' o he estado con mis hijos sola y decía: 'qué maravilla, yo quiero esto'. (Lara, hermana-hija, C039)

Tener red, conformada por familiares y amistades, permite que el cuidado se dispense de un modo más relajado, y que existan momentos de respiro. En el caso del cuidado de personas con elevado grado de dependencia, el cuidado se describe como agotador y limitante, a pesar de que se reconoce que se realiza con amor. En todos los casos, llevar a un familiar mayor de edad a una residencia es asociado con la idea del abandono y, por tanto, con la negación a brindar cuidado familiar, en otras palabras, es asociado con el no-cuidado:

> Preferimos que esté en su casa y que el día que ocurra lo que tenga que ocurrir, que ocurra en su casa. No nos vemos con las ganas de deshacernos de él, perdón por la expresión, de llevarlo a una residencia. Que no tengo yo nada contra las residencias, pero veo que es como si nosotros nos quitáramos un peso de encima. Nosotros vamos a hacer lo posible, con las ayudas que podamos recibir y nuestro esfuerzo, a que esté en su domicilio, en su casa. (Pedro, hijo, C042)

Respecto del trabajo efectuado por los cuidadores y las cuidadoras profesionales, Núria señala que las condiciones laborales no son las adecuadas, especialmente los salarios, y que es necesario un mayor reconocimiento social del trabajo de cuidados:

> Las que trabajan en el SAD cobran poquísimo, el precio que les pagan es muy bajo. Pero el que pagas si tú contratas a la empresa y no te buscas tú algún contrato privado, es un precio altísimo, mucho más del que yo le pago a Dàlia. Esto en cuanto económicamente, ellas me parece que cobran seis euros la hora o menos. Y no sé, yo sí que las valoro mucho porque a mí me quitan un marrón de cuidado. Y pienso que lo hacen bien, hacen un trabajo muy importante. Y suelen tener un perfil muy chulo. Las cuidadoras del SAD, al margen de casos puntuales, han venido cuidadoras muy buenas, pero te las van rotando. Y el feedback de mi madre, eso lo puedo valorar, tenemos la suerte; mi padre no lo podía valorar, mi madre sí, y siempre le hemos dicho: 'tú alguna cosa que notes o así…', todo es hablar y sin decir que aquella persona… no. Quizás dices que el perfil, que no sé qué, quizás en otro lado lo hace genial, pero que para nosotros… (Núria, hija, C037*)

Núria se indigna por el poco valor que se le da al trabajo de los cuidados, y lo manifiesta haciendo referencia al valor económico, al poco reconocimiento que se les da, y considera que durante la pandemia se ha visibilizado, sobre todo en lo referido a las residencias:

> Yo pienso que, no sé si se ha reconocido, pero sí se ha visibilizado, porque hubo mucha reivindicación del colectivo de cuidadores de las residencias. Tenían una portavoz muy potente, que salía mucho, ¿la recuerdas? Y visibilizó mucho la problemática de cuidadores. (Núria, hija, C037*)

Encarni da un gran valor a la ayuda a domicilio de la cual es receptora, y la describe del siguiente modo:

> Son mis pies y mis manos también. Y luego es que es él [el marido], si él fuera un enfermo, porque muchas criaturas están malicos pero tienen su cabeza bien, pero él, a lo más mínimo, te coge de los pelos, te coge de las muñecas, un día me las iba a partir y no hace tanto, porque, claro, si es que él tiene su cabeza…, es que tiene doble enfermedad en la cabeza: una encefalopatía hepática y una demencia senil. No es dueño de sus actos, y cada vez más agresivo y yo ya no podía. (Encarni, esposa, C153)

No obstante, no todo es reconocimiento. En el caso de Asha como empleada de hogar, la despiden en pleno confinamiento. Ella relata sus preocupaciones:

> Mis padres, tanto aquí como allá [en Marruecos], ellos tienen sus medicamentos, tienen su médico allá también, pero a mí prefiero están cerca de mí, puedo cuidarlos… a mí antes mi madre [se refiere a la persona española que cuida] no sabía tomar los medicamentos sola ¿sabes? Está mezclando uno con lo otro, con el de la anemia, del corazón, de… no sabía tomarlo bien ¿sabes? Yo pendiente de ella. (Asha, hija, C131)

Y cuando se le pregunta a Asha qué hizo para afrontar esta situación responde: "confiar en Dios, porque es Alá quien maneja esa cosa". La enfermedad es interpretada como algo inevitable y dirigida por Dios; probablemente asociada con alguna forma de castigo. No obstante, esta perspectiva otorga a Asha un carácter resistente, de aguante frente a un destino que, de algún modo, no está en sus manos.

A excepción de algún caso como el de Encarni, en que la persona mayor que cuida presenta un importante deterioro cognitivo, la relación entre las personas cuidadas y las cuidadoras es generalmente buena. Las personas cuidadas reconocen y agradecen el cuidado, aunque puedan pensar que es obligación de la descendencia, sobre todo, de las mujeres. En uno de los casos, la hija cuidadora manifestaba que cualquier atención por parte del hermano era muy valorada por su madre, mientras que su trabajo era lo normal y, por tanto, no recibía el mismo reconocimiento.

Porque una parte importante del cuidado de las personas mayores es provista por otras de su misma edad, lo que refuerza tácitamente los roles tradicionales, pues asume que las mujeres harán la labor de cuidado sin recompensa o reconocimiento a lo largo de toda la vida porque la sociedad espera que lo hagan.

De todos modos, pese a que los datos indican que quienes cuidan son mayoritariamente mujeres, los roles de género no ha sido una cuestión demasiado abordada por las personas entrevistadas. Apenas hemos recogido algún testimonio, como el que sigue:

> A mí es una cuestión que me preocupa. Al ser la única mujer… porque si.., o sea, todos tenemos carreras universitarias. O, bueno, el último está en proceso, todos somos…, hemos crecido aquí…, pero igualmente, creo que todavía hay esta parte machista de 'eres la nena', y quizás serás, tendrás que realizar el cuidado de ellos, y eso es una cosa que… no lo hemos hablado realmente, pero yo creo que habría… No sé, es la sensación que tengo. Debería ser una cosa que sí, que deberíamos hablar, que deberíamos plantear, porque llega, y a mi madre le preocupa. Más ahora, viendo eso de que quizás no le lleguen los dineros, o sea, no tendrá dinero de jubilación o todas estas cosas… Yo creo que es una cosa que le preocupa a ella. (Amal, hija, C262*)

También Alejandro, cuando es consultado al respecto, señala que, aunque a él le haya tocado cuidar, la competencia cuidadora de las mujeres es mejor que la de los hombres:

> Los hombres y las mujeres no cuidan igual. Es una observación. Y claro, esto no va en plan machista… Porque ya te digo, las mujeres lo hacen infinitamente mejor que los hombres. ¿Por qué? ¡Chica!, ya no alcanzo. Ahora bien, eso no quiere decir que un hombre no pueda hacerlo mejor, pero un hombre en general, el promedio, no. Que las mujeres, a pesar de que hoy, la gente joven trabaja igual, el hombre que la mujer... y claro, se distribuyen los trabajos. ¡Y está muy bien! O sea, que yo no sé por qué, pero para mí, la mujer, lo hace muchísimo mejor que un hombre. Entonces, tenemos que ver la parte buena, no solamente la parte física. También he tenido a mi madre, ¡joder!, pobrecita, con cuarenta y cinco años más que yo, que ya casi era anciana y vamos... vamos lo que ha peleado ella, que se quedó viuda... ¡Y no tenía pensión! (Alejandro, cónyuge, C041)

La falta de reconocimiento social al trabajo desempeñado por las cuidadoras expresado en las entrevistas, es especialmente claro en aquellas mujeres que llevan más de diez años dedicadas al cuidado de un familiar. Quizás por ello Manuela agradece los espacios dedicados a personas en su situación como la Escuela de Pacientes, donde ha podido encontrar reconocimiento entre grupos de pares y estrategias de autocuidado, algunas mediante talleres de risoterapia y poesía, entre otros:

> Todo para que te desestreses, para que te rías o para que... Y como la gente que va allí todas tienen el mismo problema o lo han pasado, unos antes otros después… pues es un apoyo que, de verdad, te hace fuerte y te abre la mente. Y te das cuenta de que mucha gente está pasando por lo mismo que tú y que vive y que sale y ayuda y te desahogas, y puedes decir muchas cosas que no se las dices ni a tu familia. (Manuela, hija, C160)

Josefina comenta a través de su entrevista cómo vive la falta de reconocimiento por parte de su familia y define el trabajo de cuidados como agobiante y repetitivo. Reconoce que existen trabajos peores, pero querría tener respiro y lo compara con otros trabajos en donde puedes contar con días libres y desconectar:

> Ya está, pues yo dejé el trabajo y me vine aquí, porque llegué aquí, pues llevo pues casi catorce años, ¿sabes? Los demás vienen de visita muy a gusto y ya está. No se les ha ocurrido decirte: 'vente donde quieras, que me quedo con ella' o 'me la llevo a mi casa'. Nunca, nunca. (Josefina, nuera, C161)

Nina reconoce que con relación a esta experiencia ha aprendido a valorar lo que supone el cuidado:

> Es que este es un trabajo de veinticuatro horas, un trabajo que no entiende ni de sábados, ni domingos. Es un trabajo constante, o sea, tú te acuestas por la noche y te despiertas diciendo ¿qué he oído y qué no he oído? O sea, no es como tu trabajo normal que sales y ¡ay qué estrés todo el día! No, no, no. A mí, por ejemplo, ahora mismo ir a mi trabajo es un relax. (Nina, hija, C078)

Cuando no se dispone de tiempo para cuidar, o el agotamiento y el cansancio pueden más que el cariño, se suele optar en mayor medida por la residencia, pero en las entrevistas aparece como última opción. En cambio, cuando la persona no es tan dependiente y, especialmente, cuando se cuenta con apoyos externos (porque se tiene red familiar o servicios públicos o privados), se reconoce la parte positiva del cuidado, el compartir ratos y charlar, es entonces cuando las personas entrevistadas destacan las tareas más agradables.

2.8. PENSANDO EL FUTURO DESDE EL PRESENTE. ¿QUÉ MODELO DE CUIDADOS SERÍA DESEABLE?

Cuando los cuidadores y las cuidadoras piensan en el futuro lo hacen desde dos perspectivas distintas: por un lado, piensan en qué necesitan para seguir cuidando en la actualidad y, si tienen hijos con discapacidad, se suma la preocupación sobre qué sucederá con ellos cuando falten; y, por otro, piensan en cómo querrían ser cuidados y cuidadas cuando les llegue el momento de ser más dependientes.

La experiencia de la covid y su impacto en las residencias de personas mayores (véase Capítulo 4) ha producido cambios en la visión respecto del futuro de las personas entrevistadas. Según nos manifestaron, si bien las residencias no eran el recurso ideal, pensaban que era uno posible, siguiendo una máxima para sí mismas importante que es la de no cargar a los hijos e hijas con experiencias de cuidado familiar que a ellas y ellos les está sobrepasando. Tal es el caso de Lluïsa, quien cuidó durante veintiún años a su marido enfermo de alzhéimer, de los cuales, los últimos ocho años los pasó en una residencia. Ahora Lluïsa convive con su hermana a quien también cuida. Lluïsa manifiesta haber cambiado de opinión con respecto a la forma como quiere ser cuidada, propone colectivizar el envejecimiento:

> Yo hasta ahora lo tenía muy claro, iría a la residencia, porque como a mí con Joan no me ha ido mal, la verdad… Pero ahora he cambiado completamente de opinión. Ahora yo, sobre todo he pensado de… por ejemplo, ponerme de acuerdo con algún otro de por aquí, hay mucha gente que vive sola… Yo tengo la mitad de las amigas que viven solas, y está claro, no sé… ¿qué queremos todas? Compañía. Yo, bueno, por lo menos yo lo digo por mí misma. Pues había pensado ponerme de acuerdo con otra persona y vivir las dos personas juntas. Como ahora yo hago, mi hermana y yo. Entonces, ¿cómo? Como ninguno quiere dejar su casa, tonterías que yo pienso, había pensado, por ejemplo, estar en casa de una, y un mes en casa de la otra, si se lo pueden pagar, porque eso también es otra cuestión. Porque entonces la gente tiene ganas de estar con sus libros, sus cosas, su ambiente. Nadie quiere irse de casa si no es que está de un poco a mucho, mal, eh. Entonces, vivir un mes en casa de una o quince días y un mes en casa de la otra. Y así haciéndonos compañía. Porque eso… mira, una idea de aquellas cosas que me han venido. (Lluïsa, hermana, F003*)

El modelo de envejecer en casa está muy presente, pero hay ambivalencias, ya que al igual que Lluïsa, las personas cuidadoras que se encuentran más próximas a necesitar cuidados, no quieren ser una carga para sus hijos e hijas. Su propia experiencia como personas cuidadoras les alerta de la servidumbre que ello implica, lo cual los lleva a pensar en otras alternativas distintas a la familia cuando se trata de su propio cuidado y a poner en crisis el contrato de

cuidado intergeneracional en el que ellas mismas han estado socializadas (BOFILL-POCH, 2018). Pervive la idea de envejecer rodeada de los objetos personales y en el entorno en el que se ha pasado, al menos, una parte de la vida. En familia y en el domicilio propio, pero con un modelo de cuidados externalizado. Pero ello requiere una transformación radical de las ayudas, porque hasta ahora el SAD, que es el servicio de apoyo más directamente vinculado a la permanencia en el domicilio, solo representa apenas una pequeña porción de la ayuda, porque la responsabilidad global de los cuidados hoy es asumida por las familias (véase Capítulo 1). También, como en el caso de Assumpta, se plantea la posibilidad de compartir la casa con personas en su misma situación, con el respaldo de cuidadoras, que no aclara si serían profesionales o empleadas de hogar:

> No sé dónde terminaré yo, pero en residencias, no. Lo ideal sería en pisos de poquita gente, con dos cuidadores… esto sería lo ideal. Yo, mi idea ideal, siempre es lo digo a mis hermanas o a algún familiar o a alguna persona próxima: 'cuando nos hagamos mayores, cuando nos jubilemos, pues mira, todos a la misma casa, buscamos dos que nos cuiden…', y como mínimo estás en tu casa, en tu espacio, con tus cosas, en tus momentos de intimidad. Pero sabes que tienes el respaldo por si te caes, por si te han de hacer la comida, por si no sé qué. Para mí este sería el estado ideal de mi final. (Assumpta, hija, C177*)

Por su parte, Concha desea permanecer en su casa, y planea sus cuidados futuros priorizando también el dejar libres a los hijos e hijas del trabajo de cuidarla. Dice sentirse bien cuidando a su madre y que desearía poder cuidarla todo el tiempo, pero no aplica el mismo modelo a su propia descendencia:

> También yo… que pudiera estar en mi casa, sin dar trabajo a mis hijos… y poder tener una persona por si me hace falta. Para no dar faena a mis hijos, que ellos pues, vinieran a verme como una visita o… Para no darles faena, porque ellos tienen que trabajar. Porque yo ahora, por ejemplo, daría lo que fuera por poder cuidar de mi madre, pero si el día de mañana mis hijos no pueden, pues, decir: 'pues yo me quedo en mi casa, que venga una persona a cuidarme…'. Y así ellos pueden hacer su vida, porque ellos tienen que hacer su vida, evidentemente y… de visita, normal. Aunque yo lo haga con mi madre, yo soy así. No espero que a mí ninguno me lo haga, no lo espero… porque es ley de vida y cuando nos toque marchar, marcharemos… pero yo eso lo hago con mi madre porque… es que yo soy así, es que no puedo hacer nada. (Concha, hija, C128*)

Las residencias, no obstante, son vistas con mejores ojos por quienes tienen un hijo o hija con diversidad funcional, aunque en estos casos también se aboga por una institución que no sea masiva, porque se anhela para sus hijos e hijas un trato personalizado. También hemos observado que una parte importante de la responsabilidad futura recae, en estos casos, en hermanos o hermanas.

Si bien en el presente, el cuidado en el ámbito familiar es la solución mayoritaria, los modelos deseables para el futuro son múltiples, destacando las expectativas de proximidad o, si no, personalizadas. Desde sostener en el domicilio a la persona mayor asistida con múltiples servicios de cuidados (públicos o contratados vía mercado), hasta viviendas adaptadas, tuteladas, cooperativas o modelos residenciales modulares que permitan la existencia de pequeños núcleos de convivencia. La preocupación mayoritaria es la de no tener suficientes recursos para poder optar, porque se desconfía en que el sistema público pueda proveer de todos los recursos que necesitarán. De algún modo son conscientes de la crisis de los cuidados, que es también la crisis de las familias, y buscan hacer reales las alternativas que les resultan deseables. Otra preocupación, es que no se desea para los hijos e hijas que se perpetúe el cuidado familiar tal como hoy se realiza, donde la carga de cuidados absorbe la vida de quienes realizan un cuidado informal y no reconocido socialmente.

Existen, no obstante, excepciones. Para Asha, por ejemplo, de origen marroquí, la única opción posible que contempla es la del cuidado en el ámbito familiar. Ella ha trabajado como empleada de hogar y no tiene una visión positiva de las trabajadoras del cuidado. Tampoco tiene dinero como para contratarlas, ni está en su visión de futuro que la administración le provea lo que necesita. Podría llegar a aceptar que entrara una persona desconocida en su casa, pero prefiere otros tipos de ayuda como, por ejemplo, tener un ascensor en el bloque de viviendas donde vive, porque le facilitaría poder dar los paseos que necesitan sus padres, o poder llevarlos de una manera más ágil al médico:

> Claro, a mí me afecta eso. A mí, lo único…, yo necesito un piso con ascensor, mejor por mi madre y mi padre porque con silla de ruedas, y más la casa es de cincuenta metros cuadrados, tú sabes, la habitación es chiquitita, no son habitaciones grandes, no tiene ventanas, una habitación pequeña no tenía ventanas. (Asha, hija, C131).

De este modo, Asha da cuenta de otra de las limitaciones que se han planteado, sobre todo en sectores con menores recursos, y que están relacionadas con la adaptación de la vivienda y el acceso a ayudas para la eliminación de barreras arquitectónicas, ya que en ocasiones resultan difíciles de afrontar porque implican inversiones. Para las personas mayores de familias marroquíes, el modelo de cuidados propio no difiere sustancialmente respecto del de la población autóctona. Pero sí existen diferencias en cuanto a las expectativas de quienes hoy cuidan, ya que mantienen la idea de un envejecimiento en casa, basado en el cuidado intergeneracional, el cual descansa fundamentalmente sobre el trabajo de las mujeres de la familia. Los recursos externos a la familia son percibidos como abandono, aunque las nuevas generaciones muestran una mayor apertura.

Karim, también de origen marroquí, señala que la mentalidad más conservadora del modelo familiar está anclada en un desconocimiento, que él interpreta, procede de los dos lados, de las personas marroquíes y de las administraciones:

> A mí me da la sensación que hay desconocimiento mutuo, tanto del colectivo como del sistema de cuidados. El colectivo es una generación que ha venido aquí a trabajar… Y de la faena a casa, o sea, no quiere saber nada, ¿sabes? Y esto les deja también en una situación de ignorar muchos aspectos del territorio de acogida. Entre otros, estos se presentan como una amenaza a sus tradiciones o los interpretan como eso. Los interpretan como: 'me van a venir a intentar vender la moto de que me vaya', ¿sabes? Pues imagino que todavía más… No sé. Me da la sensación de que una persona, no sé, eh, mi padre, de aquí a unos años, viene una persona a explicarle el sistema de cuidados de eso, y lo primero que piensa es: 'no quiero saber nada'. Claro, claro, esto ya a él le chocaría porque sería como: 'me han abandonado y tiene que venir esta persona a…', ¿sabes? (Karim, hijo, C266*)

La inmigración del Magreb data del último cuarto del siglo pasado y ya cuenta con población envejecida, por lo tanto, su abordaje reclama considerar el modelo de cuidados desde una perspectiva intercultural. En el siguiente testimonio, Amal nos cuenta, por ejemplo, la muy disímil representación que se figura en la mente de una persona marroquí cuando se hace referencia a una residencia:

> No sabría decirte si en Marruecos hay algo así como residencias, o sea, son algo diferentes. Hay residencias de la gente que es muy, muy rica, cosa high level. Y después, hay lugares donde realmente los hijos abandonan a sus padres. Que están ahí porque son personas de edad, dependientes y su familia, ninguno lo cuidará. Desafortunadamente, de parte de mi madre ya no me queda ningún abuelo. Y de parte de padre, ya hace dos años que perdí a mi abuelo y solo me queda mi abuela. Ella está en su casa de toda la vida. Su hija nunca ha trabajado, nunca ha hecho nada, y es la que tiene a su cuidado a la abuela. Los hermanos de aquí, le envían dinero porque esta hermana realiza los cuidados. (Amal, hija, C262*)

Además de las representaciones respecto a su propio cuidado en el futuro, las personas cuidadoras también nos expresaron propuestas y reivindicaciones respecto de un futuro más próximo, para mejorar la situación de quienes cuidan. Por ejemplo, quienes trabajan plantean la necesidad de disponer de más tiempo para cuidar. Resulta especialmente llamativo el discurso en torno a las reducciones de jornada de algunos participantes. En el caso de Pablo (hijo, C204), este año cuenta con una reducción de un tercio de la jornada, cuando otros años tenía una reducción del 50% de su jornada. Esta situación tiene repercusiones económicas negativas para Pablo, quien por un lado necesita disponer de tiempo para trabajar y para cuidar, pero también, de dinero suficiente. Por razones similares, Lucía (hija, C216) no se plantea pedir una reducción de jornada, porque implicaría una merma del salario y, en su caso, esto es especialmente difícil porque hace también una aportación económica importante para el cuidado de sus familiares.

Asimismo, aunque disponer de más tiempo podría aliviar los problemas de conciliación, la adaptación individual del tiempo de jornada laboral remunerada y no remunerada tampoco aborda el problema de la ausencia de una cultura de la conciliación en las organizaciones empresariales. Los tiempos de sostenimiento y cuidado de la vida no son tenidos en cuenta en el ámbito laboral. Justamente, el ámbito laboral y el familiar no están separados, sino se conectan por hilos invisibles, pero con efectos muy concretos. Por ello, si nos centramos en las transformaciones deseadas respecto del cuidado en el ámbito familiar, de las entrevistas realizadas se desprenden cuatro ideas principales.

En primer lugar, se considera importante tener en cuenta las necesidades de conciliación de las personas que cuidan y no solo los derechos al cuidado de las personas dependientes, teniendo en cuenta que la conciliación no es solo respecto del trabajo, sino también, de la vida familiar (porque puede haber pareja, hijos e hijas). En la misma Ley de Dependencia, apenas se hace referencia a las necesidades y circunstancias de las personas que cuidan, y si esta ley se consideró que tendría un impacto de género positivo, fue porque indirectamente, al dotar de servicios de apoyo y respiro, mejoraría la situación de quienes cuidan, mayoritariamente mujeres. Pero en las entrevistas surgen muchos elementos que indican que frente a cualquier circunstancia no existe un reconocimiento del rol, ni en el ámbito laboral, ni en el académico. Y cuando estalla la pandemia tampoco se considera la situación de las cuidadoras familiares, sino que simplemente, se retraen servicios como centros de día y de noche, y se transfiere el cuidado a las cuidadoras en las familias. Debieran existir mecanismos que, ante determinadas circunstancias, las personas que cuidan puedan acreditarlo y se les reconocieran derechos o algún tipo de compensación, también que les permitan proteger su empleo o sus carreras académicas.

En segundo lugar, se señala la necesidad de que las personas cuidadoras de mayores y dependientes, dispongan si así lo desean, tal y como lo establece la legislación vigente, de una formación y acompañamiento, que les permita estar asesoradas y les inyecte seguridad en el desempeño de las tareas de cuidados. Esto se sufrió especialmente con la pandemia, cuando se les transfirió cuidados relacionados con la enfermería. Señalan que durante el confinamiento se han sentido muy solas a pesar de ver cómo sus mayores iban deteriorándose tanto física como cognitivamente. También, que durante el confinamiento trataron de acudir a todos los recursos, pero no encontraron demasiadas respuestas, viéndose obligadas a descubrir los cuidados necesarios en cada momento a partir de poner en funcionamiento el sistema ensayo error. En el caso de Manuela, se refiere a la necesidad de promover propuestas de formación para cuidadoras familiares y que ello podría derivar en el desarrollo de itinerarios de profesionalización en el trabajo de cuidados, por ejemplo, en ayuda a domicilio, para aquellas personas que se han dedicado a los cuidados de manera informal durante

muchos años y que, si así lo desearan, les permitiría obtener un trabajo futuro en el área de cuidados. Manuela nos cuenta su experiencia en la Escuela de Pacientes de Andalucía:

> Sobre todo, nos vino muy bien los cursos de autoestima, de saber decir no, de pedir ayuda. Nos explicaron mucho el rol del cuidador y yo me sentí muy identificada, la verdad. (…) Entonces ahí aprendes bien hasta dónde tienes que llegar, cuando decir no, a que no sea el egoísmo del enfermo, porque también te absorbe, porque te absorbe, y a saber llevar esto pues de otra manera. Ya está. Al saber llevarlo de una manera mejor, pues te evitas más estrés, te evitas más malos ratos, y te organizas mejor. (Manuela, hija, C160)

Quizás se podrían desarrollar espacios y plataformas online que provean recursos muy específicos y dinámicos, adaptados a sus inquietudes.

En tercer lugar, manifiestan la necesidad de respiro. Valoran el mantener a la persona mayor o dependiente en el ámbito familiar, pero el cuidado es muy absorbente y necesitan apoyo. El SAD es muy apreciado, pero es un servicio de muy pocas horas. El cuidado les exige dedicación en múltiples dimensiones y les desgasta, por lo tanto, necesitan de una red o constelación de provisión de cuidados, en parte cubierta por familiares y amistades, pero también, de carácter público y gratuito, que alcance a todas las situaciones sociales.

En cuarto lugar, la necesidad de revisar las cuantías de las pensiones de viudedad. Las diferencias existentes entre la pensión contributiva por jubilación y la de viudedad son muy importantes. Las mujeres son las que perciben mayoritariamente las pensiones de viudedad por no haber cotizado en el mercado laboral y haberse dedicado al cuidado de la familia y el hogar. El hecho de percibir ingresos inferiores incide en las menores posibilidades que tienen las mujeres de proveerse de servicios cuidados en el mercado.

En otro orden de cosas, existe un desfase entre los tiempos de la administración y los tiempos de las personas. Núria (hija, C037) y su hermano están cuidando a su madre en casa, tal como ella deseaba, pero el encaje de las piezas del mosaico les está resultando muy complicado. Consideran que el modelo de cuidados realizados en casa es muy precario y que faltan recursos para afrontarlos. Ella se maneja bien con la gestión de los trámites administrativos que debe hacer, aun así, considera que ciertos protocolos de la administración deben ser sistematizados para facilitar las cosas, especialmente, la valoración de los grados de la dependencia y las visitas médicas. Además, las necesidades cambian y, entonces, hay que volver a realizar tramitaciones, con largas esperas.

Otro de los reclamos es el de mejorar la coordinación entre los dispositivos sanitarios y el de servicios sociales. Si bien hay diferencias entre comunidades autónomas, parece una constante de que cuando hay falta de coordinación, los problemas recaen sobre las familias.

Además, y como ya señalamos, los cuidadores y las cuidadoras que cuidan en casa consideran imprescindible el tiempo de respiro, y por ello, esperan con ansiedad la reapertura de los centros de día. Especialmente los hombres cuidadores de mayor edad han afirmado la necesidad de un centro de día en sus vidas, y sobre todo en la de sus esposas, dado que allí están atendidas según sus capacidades y discapacidades. Aunque en algún caso, como en el de Aloís (cónyuge, C032), han sido reticentes, por considerar que en casa su mujer está más estimulada para evitar el avance del deterioro físico.

Como ya mencionamos, entre las demandas más claras está también la disponibilidad de más horas de servicio de atención domiciliaria. En general y pese a críticas aisladas, se valora el SAD como un buen servicio, pero insuficiente en lo relativo a la cantidad de horas que las familias tienen a disposición. Las personas que han refamiliarizado después de una experiencia en residencia son las que más claramente demandan un horario más amplio de

SAD para afrontar los cuidados en casa. Concha, por ejemplo, remarca la importancia de tener a su madre en casa y la gran mejora que ello ha supuesto en su salud física y cognitiva:

> Cognitivamente mejor, entonces, a la hora de comer, las manos no las tiene tan... pues, las tiene como muy sueltas. Ahora probará la polea que antes no podía usar… Poco a poco, cuando quiere hacer algo, bailaba mucho, ahora está como más tranquila y también te da menos angustia, porque a veces está como... como mirando que alguien la está mirando, o que hay gente mirando por allá y yo: 'mama, que estamos solos'. Yo ahora, viendo la nueva empresa que viene [se refiere al SAD]… Tiene un enfoque muy diferente… tienes 'la residencia en casa'. Y ellos ahora nos dicen: 'la residencia en casa'. Y creen más y yo también lo veo, que te dan más ayudas para que esta persona no tenga que salir de su casa. Y, claro, a cada persona su cuidado. Claro, una persona todo el día supone dos mil y pico de euros. Y claro, el que tiene una buena paga… El futuro nuestro quizás será diferente, porque hoy día ya trabajas. Claro, si todavía queda paga… porque mi madre ahora cobra 600 euros. Quiero decir, que mi madre tiene una paga muy pequeña. No puede estar en su piso porque lo tuvimos que alquilar para pagar un cuidador. Y ella podría estar en su casa… que todavía tú vayas allí, sus hijos y todo, pero con un cuidador, sus vecinos y todo el entorno. (Concha, hija, C128*)

También nos han planteado la reivindicación de poder cotizar a la seguridad social de manera continuada, sin depender de los cambios políticos en la administración, así como cobrar una prestación económica que sea digna. En este sentido, una de las entrevistadas comenta:

> Cuando yo la pedí entonces entraba la paga esa que había mínima de que te pagaban la seguridad social, y como yo tuve que dejar el trabajo pues me interesaba esa más que la ayuda a domicilio. (…) Bueno, esa me la quitaron, me la han tenido quitá…lo que es la seguridad social, la paga me la rebajaron. La paga me la rebajaron doscientos y pico euros y me quitaron la seguridad social. Y hace un año en abril, un año y algo, me volvieron a poner la seguridad social pero la paga me la dejaron a cuatrocientos veinte euros, creo que es. (…) Me quitaron cinco o seis años de cotización, pero bueno. Me lo han vuelto a dar otra vez, a ver si no me lo vuelven a quitar. (Josefina, nuera, C161)

Finalmente, en el contexto específico de la pandemia, el riesgo a contraer el virus y de llevarlo a casa, de contagiar a las personas cuidadas, nos hace plantear la necesidad de problematizar el hecho de que las personas que cuidan en el hogar, no hayan sido un grupo prioritario al que vacunar. Es llamativo, sobre todo, porque la mayoría de las personas dependientes limitaron el salir a la calle y redujeron al mínimo su actividad social debido a la pandemia, siendo su riesgo de contagio indirecto, por transferencia desde las personas cuidadoras que sí salen, hacen los recados por ellas, las tramitaciones, van a la farmacia, etc. En definitiva, nos parece importante llamar la atención sobre el hecho de que las cuidadoras, sean familiares, de los servicios de ayuda a domicilio o empleadas de hogar, una vez más, no han sido tenidas en cuenta como prioritarias, ni como grupo de riesgo, ni como trabajadoras esenciales y que, de manera general, no se reconoce la importancia de los cuidados y del trabajo que hacen.

2.9. CONCLUSIONES

La crisis de los cuidados comenzó antes de la pandemia, aunque esta haya recrudecido muchas situaciones. La pandemia ha puesto en el centro la importancia del cuidado y las duras condiciones en las que cotidianamente se realiza. El confinamiento ha visibilizado que había situaciones y ritmos de cuidado que se sostenían a duras penas en los hogares y generalizó las situaciones de sobrecarga de cuidados que habitualmente viven las personas que cuentan con menos recursos.

Los cambios familiares, demográficos y sociales han erosionado el modelo de cuidados tradicional sustentado en la familia como pilar básico: cada generación tiene menos hijos que

la anterior; las mujeres reclaman igualdad en los comportamientos familiares, los hombres apenas se implican en el cuidado familiar, todo lo cual disminuye el potencial cuidador de las familias. Además, la diversidad de formas de convivencia existentes hoy en España (familias recompuestas, monoparentales, parejas de hecho, parejas homosexuales…) modifica el contenido de los vínculos de parentesco, las expectativas y las obligaciones asociadas a ellos. También han cambiado substancialmente las formas de la solidaridad familiar intergeneracional, como fruto de una mayor longevidad y del deseo de autonomía económica y personal tanto de las personas mayores como de las más jóvenes.

Las situaciones de elevada dependencia son muy demandantes en actividades y tiempo, transforman la vida de las familias, modifican el espacio doméstico y cambian el lugar de las prácticas laborales y de cuidados. Las familias se ven obligadas a realizar un complicado bricolaje de ayudas y recursos para hacer posible una aspiración culturalmente mayoritaria en España como es envejecer en el hogar. Definimos el mosaico de recursos para cuidar, como el conjunto de apoyos y de servicios que se utilizan para cuidar a personas ancianas: implicación de cónyuges e hijas e hijos, apoyo informal de las redes de parentesco y comunitarias, contratación de empleadas domésticas, atención domiciliaria desde los servicios públicos, utilización de centros de día, teleasistencia, o comedores comunitarios. Las residencias asistidas y las sociosanitarias suponen la institucionalización de la persona cuidada y se emplean cuando existe un deterioro extremo de la autonomía personal. La capacidad para movilizar recursos y obtener apoyos está condicionada por la capacidad económica, así como por el capital social y cultural de las personas cuidadoras. Veamos, entonces, cómo se organizaban estos recursos durante la pandemia:

- El cuidado familiar. En palabras de Arlie HOCHSCHILD (2012), las familias absorben el impacto del shock social provocado por la prolongación de la longevidad. En este contexto, el cuidado está claramente atravesado por el género y las mujeres predominan como cuidadoras. Cuando se trata de grupos de hermanos y hermanas que cuidan de sus progenitores, por ejemplo, puede haber un compromiso compartido, pero lo más habitual es que el cuidado lo asuman las mujeres y que hermanos y maridos ayuden puntualmente. La proximidad residencial o la convivencia tienen un peso importante a la hora de distribuir las tareas de cuidado. La participación masculina se está incrementando, especialmente en el caso de hombres mayores que cuidan de sus esposas, cuando son ellas las que requieren atención (COMAS-D'ARGEMIR y SORONELLAS, 2019).
- La familia extensa. Se trata ya de un segundo nivel de compromiso: hermanos, hermanas, cuñados, cuñadas, nietos y nietas no suelen ejercer un cuidado directo, excepto en situaciones de mucha necesidad. El apoyo familiar se da sobre todo en el acompañamiento en forma de visitas, en apoyo afectivo y eventualmente, sustituyendo a la persona cuidadora.
- El apoyo comunitario. El cuidado familiar se fundamenta también en las relaciones del entorno comunitario, conformado por las amistades, vecindad o, incluso por grupos de ayuda mutua. Buena parte de este apoyo se basa en el acompañamiento, tanto de la persona cuidadora como de la cuidada. Los grupos de ayuda mutua constituyen un apoyo importante para las personas cuidadoras, donde se comparten unas situaciones difíciles y estresantes, difíciles de entender para quien no las vive directamente.
- Las cuidadoras remuneradas en el hogar. Otra pieza esencial del mosaico es el trabajo aportado por cuidadoras remuneradas, sea mediante el SAD, sea desde la contratación privada de mujeres que realicen una parte o todas las tareas del hogar y el cuidado. Esta última es la opción más frecuente cuando un familiar inicia una situación de dependencia. La falta de servicios públicos y el elevado coste de los privados, que ha sido una constante

en España, ha propiciado el empleo de mujeres migrantes para cuidar en los hogares, con salarios y condiciones laborales precarias.

- Los servicios de cuidado (públicos o privados). El cuidado provisto desde servicios también encaja con el mosaico. Los servicios más cercanos y menos invasivos al modelo familiar lo representan los centros de día, ya que es un espacio donde se puede acudir unas horas y proporciona respiro a la persona cuidadora. Y el último recurso es la residencia. No siempre es fácil encontrar una plaza disponible, especialmente si se quiere cerca y si es pública. En todo caso, las residencias se contemplan como algo no deseable, que se utiliza cuando ya no es posible cuidar en el hogar en condiciones y que genera sentimientos de culpa entre los familiares.

La pandemia ha puesto de relieve hasta qué punto la familia continúa siendo una pieza clave en la provisión de cuidados. El confinamiento, que obligó a no salir de casa, ha comportado una sobrecarga para las familias y ha exigido, especialmente a las mujeres, una dedicación y un esfuerzo extraordinario. Cuidar se basa en principios morales y afectos, y los poderes públicos, conscientes de ello, no dudaron en cerrar escuelas y servicios de cuidado, confiando en que las familias actuarían como una red de protección.

La supresión de los servicios institucionales por efecto de la pandemia (que según señala la Ley de Dependencia son derechos subjetivos garantizados para las personas dependientes), penalizó a las cuidadoras familiares en la medida que les transfirió trabajo de cuidados que estaba asumido por la administración. Este trabajo se transfirió a las familias sin ningún tipo de compensación, ni consideración sobre sus posibilidades y restricciones, ni sobre su situación laboral o familiar. Sorprende, en este sentido, que en la mayoría de los casos no hubiera reacción por parte de las familias, y que lo asumieran como algo natural, admitiendo, de algún modo, que el trabajo no remunerado no debiera recibir compensación (en forma de ayuda o subsidio) porque en definitiva se vieron forzadas a prescindir de un recurso (como un centro de día) que, en principio, estaba garantizado.

El impacto de la pandemia sobre las actividades y los recursos de cuidado que hemos descrito ha provocado la reorganización del cuidado y la recomposición de los mosaicos existentes. El cierre de los centros de día, la crisis de las residencias, la reducción de los servicios de SAD, la baja de algunas trabajadoras remuneradas, el miedo al contagio y el confinamiento domiciliario estricto de las personas de edad avanzada ha devuelto el cuidado a los hogares, a las familias y a las mujeres. El cuidado se ha rehogarizado y refamiliarizado y, con ello, las mujeres han neutralizado el impacto de la pandemia. En cierta medida, podemos decir, que la pandemia generó una deuda con las cuidadoras, porque la corresponsabilidad en cuidados de las administraciones públicas les fue transferida, sin más, a las familias. Pero se trata, una vez más, de una deuda invisible. Como señala Pilar CARRASQUER-OTO (2013: 106): "el hogar, espacio privado por excelencia, podrá ser visto como el foco de la actividad femenina, aunque dicha actividad, el trabajo doméstico y de cuidados, no se reconozca como trabajo ni genere derechos de ciudadanía. En clave de género, el espacio privado no puede construirse como espejo del espacio público".

En los momentos más duros de la pandemia (marzo-mayo de 2019), se perdieron o quedaron muy debilitados los apoyos de la administración. La fragilidad del sistema de cuidado social e incluso del sistema sanitario han quedado en evidencia. Los y las cuidadoras familiares relatan haberse sentido solas y totalmente desatendidas ante las urgencias sobrevenidas en los cuidados de sus familiares durante el confinamiento domiciliario de los primeros meses de pandemia.

Aunque emergieron iniciativas solidarias, el cuidado que proporcionan los lazos comunitarios se ha debilitado. Los grupos de apoyo con los que habitualmente estaban en contacto las

personas cuidadoras y cuidadas, como las visitas de amistades y familiares, el contacto con el vecindario, las actividades realizadas en talleres, las compras y paseos por el pueblo o el barrio, cesan de repente y les provocan un deterioro físico y cognitivo importante, en gran medida por razón del aislamiento social provocado por el tan demandado distanciamiento. El peso de los cuidados recae en el interior de los domicilios. Algunas cuidadoras consiguen mantener los contactos mediante llamadas, pero todas las mujeres participantes relatan cansancio y malestares emocionales provocados por el aislamiento y la sobrecarga del cuidado. Los familiares que cuidan personas ingresadas en residencias expresan muy especialmente el miedo, pánico nos dicen, a no poder despedirse de los seres queridos de los cuales se han visto obligados a distanciarse para evitar contagios y a interrumpir una relación de cuidado que era cotidiana. La pandemia ha dejado en evidencia que el ingreso en una residencia no supone en absoluto un olvido o un quebranto del vínculo de cuidado entre la persona cuidada y sus familiares cuidadores. Ese vínculo subsiste en la dimensión emocional del cuidado y en el sentido de responsabilidad por la salud y el buen pasar por parte de la persona ingresada.

Ha habido también cambios en la contratación de personas cuidadoras. Una de las estrategias para mitigar la sobrecarga de cuidados que ha provocado la pandemia en las familias ha consistido en la contratación de trabajadoras del hogar, por horas o en régimen de internas, especialmente en zonas rurales con menor densidad de recursos públicos de cuidado. Con ello vuelve a hacerse evidente que mientras los recursos públicos sean tan limitados, la solución más fácil y asequible a las familias para mantener los cuidados en el hogar es pagar por cuidar.

La pandemia y el confinamiento han provocado cambios en la vida personal y en la identidad de las cuidadoras familiares. Las mujeres se han visto desbordadas por la necesidad de cubrir muchos frentes: la hogarización de la escuela de los hijos e hijas, el teletrabajo, los cuidados a la familia propia, a las personas adultas dependientes… Durante este tiempo, los cuidados han sido claramente el eje organizador de la vida de las mujeres, produciendo, en su caso, impactos negativos sobre las actividades remuneradas. Y en el caso de las cuidadoras de más edad, a raíz del riesgo de contagio, se han sentido vulnerables y han construido la ancianidad propia, se han visto a sí mismas proyectadas en ese eje que es la edad. Su identidad como cuidadoras se ha resquebrajado al sentir que ellas mismas estaban necesitadas de cuidados.

Por otro lado, la pandemia ha tenido importantes repercusiones sobre la salud de las personas mayores y de las personas cuidadoras. Y estas consecuencias se suman a la falta de reconocimiento social, político y económico del papel desarrollado por las cuidadoras familiares, constituyendo una cuestión que atraviesa toda la experiencia vivida.

El miedo al contagio es expresado de una u otra manera por todas las personas participantes en la investigación. Quienes más lo han expresado han sido las personas mayores que debían seguir saliendo a la calle, para cuidar, a pesar de sentirse vulnerables por tener una edad que los sitúa como grupo de riesgo. Un miedo multifacético: miedo a la pérdida, al contagio y al aislamiento.

La pandemia produjo situaciones nuevas en las personas cuidadoras y las sometió a dilemas morales. Quienes tenían al familiar en casa buscaron equilibrar la protección frente al virus (que demandaba estar bajo el máximo distanciamiento social), con la protección de la estabilidad y salud mental, para lo cual era fundamental el contacto con los seres queridos. Mientras que quienes tenían un familiar en una residencia, por el temor a su pérdida, revivieron una a una, en un intento de justificación, las razones que las llevaron a ingresarlos. En algunos casos, los trajeron a casa, y con ello, volvieron a la casilla de partida, sin tener resueltos aspectos importantes del cuidado que les introducía en un círculo vicioso.

La letalidad de la pandemia modificó el significado del ingreso en una residencia para muchas familias. Dejar al familiar en la residencia, o reingresarlo después de una salida breve, es una

decisión dolorosa. Los familiares se sienten atrapados y sobre todo sienten culpa. Culpa por no poder cuidarlo en casa y por ingresar a su familiar en un lugar donde no saben si va a estar bien cuidado frente a la covid. La situación en las residencias también produce cambios en la visión futura respecto de cómo quisieran ser cuidados: la residencia como opción casi desaparece y las sospechas que desde siempre se tuvieron sobre la institucionalización parecen haberse reforzado. Así, adquiere mayor relevancia la opción de envejecer en casa, en el entorno conocido. Opciones como la de compartir vivienda con otros y otras en situación de dependencia, y ser cuidados por personas externas a la familia, se ve reforzada. La tónica general es evitar que hijos e hijas experimenten la sobrecarga que ellas y ellos vivieron como cuidadoras.

Un análisis crítico de las políticas públicas en torno a los cuidados ayudará a seguir consolidando la deseada democratización de los cuidados (TRONTO, 2013). Pero el Estado de bienestar sigue sin poner los cuidados en el centro de la atención política y social. Se sigue obviando la necesidad de un reparto de los cuidados corresponsable en el que el reparto sea equitativo entre mujeres y hombres, y el Estado apoye teniendo en cuenta las desigualdades de género. El apoyo familiar entre mujeres se ha reducido aún más debido a la pandemia, por la estrategia de aislamiento social adoptada como medida de protección. Estas han provocado que la cuidadora principal se quede aún más sola, menos considerada y con un menor aún reconocimiento de sus derechos.

2.10. BIBLIOGRAFÍA

ANDERSON, Bridget (2000): *Doing the dirty work? The global politics of domestic labour,* Palgrave Macmillan.

BOFILL-POCH, Sílvia (2018): "Changing moralities: rethinking elderly care in Spain", *The Australian Journal of Anthropology*, 29, 2, 237-249.

BORGEAUD-GARCIANDÍA, Natacha (2016): "Intimidad, sexualidad, demencias. Estrategias afectivas y apropiación del trabajo de cuidado en contextos desestabilizantes", *Papeles del CEIC*, 1, 1-27.

BORNEMAN, John (1997): "Cuidar y ser cuidado: El desplazamiento del matrimonio, el parentesco, el género y la sexualidad", *Revista Internacional de Ciencias Sociales*, 154.

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

CARRASQUER-OTO, Pilar (2013): "El redescubrimiento del trabajo de cuidados: algunas reflexiones desde la sociología", *Cuadernos de Relaciones Laborales*, 31, 1, 91-113.

CARSTEN, Janet, (2000): "Introduction: cultures of relatedness", en Janet CARSTEN (ed.), *Cultures of relatedness. New approaches to the study of kinship*, Cambridge, Cambridge University Press.

COLLIER, Jane y YANAGISAKO, Sylvia (1987): *Gender and kinship: essays toward a unified analysis,* Stanford, Stanford University Press.

COMAS-D'ARGEMIR, Dolors (2016): "Hombres cuidadores: Barreras de género y modelos emergentes", *Psicoperspectivas*, 15, 3, 10-22.

— (2017): "El don y la reciprocidad tienen género: Las bases morales de los cuidados", *Quaderns-e de l'Institut Català d'Antropologia*, 22, 2, 17-32.

— ; ALONSO, Natalia y DEUSDAD, Blanca (2018): "Des maris qui soignent leurs épouses âgés. Genre, générations et politiques publiques en Catalogne", *Ethnologie Française*, 48, 3, 51-64.

— y SORONELLAS, Montserrat (2019): "Men as carers in long-term caring. Doing gender and doing kinship", *Journal of Family Issues*, 40, 3, 315–339.

CONDE, Fernando (2020): *Lo esencial es invisible a los ojos. Crónica de la pandemia de la COVID19. Primer semestre 2020,* Enlace.

CONNELL, Robert y MESSERSCHMIDT, James (2005): "Hegemonic masculinity: Rethinking the concept", *Gender and Society*, 19, 6, 829-859.

CHIRINOS, Carlos (2021): *Cuando los hombres cuidan… cuando los esposos mayores cuidan. Experiencias de cuidado conyugal en contextos de enfermedad y discapacidad*, Tesis doctoral, Universitat Rovira i Virgili, Enlace.

DÍAZ, Capitolina; JABBAZ, Marcela; AGUADO, Empar y GONZÁLEZ, Lydia (2016): "Las brechas de género: brecha de cuidados, brecha salarial y brecha de tiempo propio", en Capitolina DÍAZ y Carles SIMÓ (coords.), *Brecha salarial y brecha de cuidados,* Valencia, Tirant, 20-38.

FINCH, Janet (1989): *Family obligations and social change,* Cambridge, Polity Press.

GARCÍA-FERNÁNDEZ, Lorena; ROMERO-FERREIRO, Verónica; LÓPEZ-ROLDÁN, Pedro; PADILLA, Sergio; CALERO-SIERRA, Irene; MONZÓ-GARCÍA, María; PÉREZ-MARTÍN, Jorge y RODRÍGUEZ-JIMÉNEZ, Roberto (2020): "Mental health impact of COVID-19 pandemic on Spanish healthcare workers", Psy*cogical Medicine,* 1–3, Enlace.

GAYTÁN-ALCALÁ, Felipe (2020): "Conjurar el miedo: el concepto Hogar–Mundo derivado de la pandemia COVID-19", *Revista Latinoamericana de Investigación Social*, 3, 1, 22-26.

HOCHSCHILD, Arlie (2012): *The second shift: Working families and the revolution at home*, Penguin.

LARGE, Samantha y SLINGER, Richard (2015): "Grief in caregivers of persons with alzheimer's disease and related dementia: a qualitative synthesis", *Dementia*, 14, 2, 164–83.

LONG, Susan y HARRIS, Phyllis (2000): "Gender and elder care: social change and the role of the caregiver in Japan", *Social science Japan journal*, 3, 1, 21-36.

LYNCH, Catherine y DANELY, Jason (2013): "Transitions and transformations: paradigms, perspectives, and possibilities", en Catherine Lynch y Jason DANELY (eds.), *Transitions and transformations. Cultural perspective on aging and the life course,* Oxford, Bergham, 3-20.

MARÍN, Andrea y RIVERA, Valeria (2008): "Epidemias de los siglos XX-XXI: Representaciones y respuestas sociales ante la aparición del SIDA en Costa Rica (1980-2008)", *Diálogos Revista Electrónica*, 9, 320-343.

NUÑO, Laura (2010): *El mito del varón sustentador*, Barcelona, Icaria.

PIÑA, Marcelo y GÓMEZ, Verónica (2019): "Envejecimiento y género: Reconstruyendo los roles sociales de las personas mayores en los cuidados", *Revista Rupturas 9,* 2, 23-38.

TRONTO, Joan (2013): *Caring democracy: markets, equality, and justice*, New York, NYU Press.

RAZAVI, Shahra (2007): *The political and social economy of care in a development context. Conceptual issues, research questions and policy options*, United Nations Institute for Social Development, Enlace.

REQUENA, María del Carmen y SUÁREZ-ÁLVAREZ, Santos (2020): "Pre-death grief in caregivers of alzheimer patients. A validation of a guide", *Revista Española de Geriatría y Gerontología* 55, 4, 216–24.

SORONELLAS, Montserrat y COMAS-D'ARGEMIR, Dolors (2017): "Hombres cuidadores de personas adultas dependientes. ¿Estrategias ante la crisis o nuevos agentes de cuidado?", en María Rosa HERRERA y German JARAIZ (eds.), *Pactar el Futuro. Debates para un nuevo consenso en torno al bienestar*, Sevilla, Universidad Pablo de Olavide, 2221-2239.

SORONELLAS, Montserrat; COMAS-D'ARGEMIR, Dolors y ROIGÉ, Xavier (2020): "New families, new aging, new care. Rethinking kinship through the involvement of men in family care", en Alice SARCINELLI, Fanny DUYSENS y Élodie RAZY (eds.), *Espaces pluriels de la parenté. Approches qualitatives de*

(re)configurations intimes et publiques dans le monde contemporain - Plural kinship spaces: qualitative approaches of contemporary public and intimate (re)configurations, Louvain-la-Neuve, Academia L'Harmattan, 23-37.

Capítulo 3
Trabajadoras en servicios de cuidado
Servicios sociales básicos, centros de día, asistencia domiciliaria y asistencia personal

Autoras (Coordinadoras)

Mireia Roca
Tomasa Báñez
Ana Lucía Hernández

Colaboradoras/es[1]

Ana Alcázar
Patricia Almaguer Kalixto
Salvador Cayuela
Paula González
Juan Ignacio Rico
Samuel Rubio
Alba Sierra
Ramona Torrens
Lorena Valenzuela

[1] Las entrevistas para este capítulo han sido realizadas por Ana Alcázar, Patricia Almaguer Kalixto, Xabier Ballesteros Olazábal, Tomasa Báñez, Sílvia Bofill-Poch, Salvador Cayuela, Dolors Comas-d'Argemir, Cristina García Sainz, Paula González, Ana Lucía Hernández, Marcela Jabbaz, María Offenhenden, Juan Ignacio Rico, Juan A. Rodríguez del Pino, Samuel Rubio, Mireia Roca, Jesús Sanz, Alba Sierra, Montserrat Soronellas, Ramona Tigell, Ramona Torrens, María Pilar Tudela y Lorena Valenzuela.

ÍNDICE

CONTENIDO

3.1. Introducción 167

3.2. Contextualización del trabajo de cuidado en los servicios sociales básicos, centros de día, asistencia domiciliaria y asistencia personal 168

3.3. "Todos nos hemos adaptado a esa incertidumbre". Impacto de la covid en la organización de los servicios 179

3.4. "Nosotras somos el final de la cadena". Impacto de la covid en las actividades de cuidados y en las condiciones laborales de las trabajadoras 189

3.5. "Estamos aquí solos todo el día y no sabemos si nos puede pasar alguna cosa". Consideraciones sobre la salud y los cuidados 201

3.6. "Nosotras no existimos". Valoración del cuidado 213

3.7. "No solo dar palmaditas en la espalda". Movilizaciones, demandas y reivindicaciones del sector.. 219

3.8. Mirando al futuro desde el presente 230

3.9. Conclusiones 239

3.10. Bibliografía 241

TABLAS

Tabla 3.1. Servicios de cuidado. Participantes según perfil y ámbito territorial 168

VIÑETAS

Viñeta 3.1. Víctor, director del Centro de Servicios Sociales Básicos: "Hemos tenido un nivel de prestación muy alto de ayuda a domicilio" 186

Viñeta, 3.2. Luz, trabajadora social de servicios sociales en el medio rural: "Esa proximidad y ese nivel de apoyo es tan fundamental para las personas dependientes (…), esto en los medios rurales se palpa" 189

Viñeta 3.3. Bárbara, auxiliar de ayuda a domicilio: "Las auxiliares, estamos en primera línea, somos las que hacemos el trabajo" 191

Viñeta 3.4. Luciana, asistente personal: "Si no trabajamos, no tenemos ingresos" 196

Viñeta 3.5. Natividad, auxiliar de ayuda a domicilio: "Había mascarillas, pero no había para todo el mundo y para todos los casos" 205

Capítulo 3

Trabajadoras en servicios de cuidado. Servicios sociales básicos, centros de día, asistencia domiciliaria y asistencia personal

3.1. INTRODUCCIÓN

Presentamos en este informe los resultados de la investigación sobre el impacto de la covid en las trabajadoras[1] de los siguientes servicios de cuidado: servicios sociales básicos, centros de día, asistencia domiciliaria y asistencia personal en cuatro comunidades autónomas: Andalucía, Aragón, Cataluña y Murcia[2]. El objetivo es contribuir al reconocimiento del cuidado y poner en evidencia los factores estructurales que producen y mantienen una organización del cuidado injusta para las personas trabajadoras de dichos servicios y para las personas cuidadas.

La metodología utilizada ha incluido la realización de un total de 67 entrevistas semiestructuradas a los diferentes protagonistas de los servicios de cuidado, que trabajan en diversas entidades responsables y gestoras, tanto públicas, como mercantiles y de la iniciativa social, así como representantes de asociaciones, plataformas y sindicatos y personas usuarias y activistas. En ocasiones una entrevista ha estado compartida por más de un participante, lo que incrementa su número[3]. Asimismo, se ha contado con la realización de un grupo focal realizado en el marco de un ciclo de actividades sobre cuidados de larga duración[4], titulado *Los servicios de cuidado. Compartiendo experiencias*. En esta ocasión se contabilizan 71 personas participantes distribuidos del siguiente modo: trabajadoras sociales de servicios sociales básicos (6), auxiliares de ayuda a domicilio (9), trabajadoras familiares (5), asistentes personales (7), coordinadores/as o directores/as de centros de servicios sociales básicos (8), directores/as, coordinadores/as o gerentes de centros de día (5), coordinadores/as o gerentes de entidades gestoras de servicio de ayuda a domicilio (SAD) (10), gerentes centro de día y entidad gestora del SAD (2), responsable de Área de Autonomía Personal y Vida Independiente, entidad gestora de asistencia personal (1), personas usuarias de asistencia personal (2), activista del Movimiento de Vida Independiente (1), representantes de cooperativas de cuidado (2), responsables políticos y técnicos de ayuntamientos (5), responsable político de una comunidad autónoma (1), gerente de una asociación de directivos de centros privados de atención a la dependencia (1), asesora de una fundación privada dedicada a la investigación e innovación (1), representantes de sindicatos (2), activista en la Plataforma SAD Catalunya (1), presidente de la Asociación Estatal de Directoras y Gerentes de Servicios Sociales (1) y presidente de la Asociación de Profesionales de la Asistencia Personal (1). Gran parte de las entrevistas han sido anonimizadas, de manera que utilizamos pseudónimos para referirnos a ellas. No hemos anonimizado a quienes tienen cargos

[1] Dada la feminización de los trabajos de cuidados, y para simplificar la redacción del texto, utilizaremos por lo general el femenino.

[2] Asimismo, se ha utilizado una entrevista de Madrid, dos del País Vasco y dos de Castila-La Mancha. Sin embargo, el análisis de este capítulo se ha centrado principalmente en las cuatro comunidades autónomas anteriormente mencionadas.

[3] Incluimos al final del informe una tabla con los datos de las personas entrevistadas. Véase Anexo 1, *Tabla A.1.4. Capítulo 3 Trabajadoras en servicios de cuidados. Participantes en las entrevistas.* La tabla contiene los datos de las 67 personas que participaron en las entrevistas individuales. Para los datos de las personas participantes de los grupos focales se puede consultar el mismo anexo la sección Grupos Focales.

[4] Estos grupos focales se realizaron en el contexto del ciclo de actividades denominado *Envejecimiento y necesidades de cuidado. Una cuestión social y política.* Proyectos de reflexión del Palau Macaya. Fundación bancaria La Caixa. Fueron organizados por los equipos de la Universitat Rovira i Virgili y la Universitat de Barcelona. El ciclo de actividades tuvo lugar entre enero y marzo del año 2021. Véase Anexo 1 para los datos de las personas participantes.

sindicales, políticos, o asociativos, cuando así lo han autorizado. Algunas fueron presenciales, pero la mayoría se realizaron de forma virtual, atendiendo las preferencias de las personas entrevistadas.

Tabla 3.1. Servicios de cuidado. Participantes según perfil y ámbito territorial

	Total	Andalucía	Cataluña	Aragón	R. Murcia	Otras CC.AA.
Trabajadoras/es	27	6	13	5	2	1
Responsables y gestoras/es	28	5	16	2	2	3
Personas usuarias asistencia personal	2	-	2	-	-	-
Sindicatos	2	-	1	1	-	-
Políticos y técnicos	6	-	5	1	-	-
Asociaciones y fundaciones	6	1	3	1	-	1
Total	71	12	40	10	4	5

La metodología cualitativa utilizada nos ha permitido conocer las experiencias y percepciones de las personas participantes en la investigación, pero sobre todo la resiliencia y el empoderamiento al afrontar los enormes déficits del actual modelo de atención a la dependencia. Unos déficits amplificados y agudizados por el impacto de la covid en los cuidados.

El informe se estructura en nueve apartados. En el apartado 3.1 presentamos la metodología de la investigación. En el segundo apartado (3.2) realizamos una contextualización del trabajo de cuidados en los servicios analizados, que incluye una breve descripción de los mismos, los perfiles profesionales y las condiciones laborales; así como una conceptualización del trabajo de cuidados. En el siguiente apartado (3.3) presentamos las medidas implementadas tanto por las Administraciones públicas como por las entidades gestoras para afrontar la pandemia y sus consecuencias en la organización y el funcionamiento de los servicios. En el apartado 3.4 analizamos el impacto de la covid en las condiciones laborales de las trabajadoras de los servicios y revisamos cómo han cambiado las actividades del cuidado, para adaptarse a las nuevas condiciones contextuales. En el apartado 3.5 analizamos las repercusiones en la salud física, psíquica y emocional de las trabajadoras; las medidas de protección utilizadas, la percepción de riesgo y las estrategias de apoyo emocional desarrolladas para afrontar los efectos de la pandemia. Continuamos con el apartado 3.6 reflexionando sobre la invisibilidad y la falta de reconocimiento del trabajo de cuidados durante la pandemia, así como la valoración del cuidado por parte de las personas cuidadas y las trabajadoras. En el apartado 3.7 recogemos las demandas y reivindicaciones de las trabajadoras en torno a sus condiciones laborales y las propuestas en torno a estas cuestiones de las organizaciones sindicales y de algunos movimientos sociales. En el siguiente apartado (3.8) presentamos algunas iniciativas innovadoras de cuidados para reflexionar sobre nuestro modelo actual y planteamos algunas ideas claves de futuro. Finalmente, el apartado 3.9 lo dedicamos a las conclusiones generales.

3.2. CONTEXTUALIZACIÓN DEL TRABAJO DE CUIDADO EN LOS SERVICIOS SOCIALES BÁSICOS, CENTROS DE DÍA, ASISTENCIA DOMICILIARIA Y ASISTENCIA PERSONAL

Con el objetivo de contextualizar los testimonios y experiencias de las personas participantes en la investigación, presentamos a continuación: los servicios sociales básicos, los centros de día, el servicio de ayuda a domicilio y la asistencia personal, como los servicios de cuidado integrados en la Red de Servicios Sociales de las cuatro comunidades autónomas en las que

hemos realizado el trabajo de campo. No se trata de una presentación exhaustiva de su configuración normativa e implementación, sino de un análisis de sus características y estructura, así como de la situación de las trabajadoras, realizado a partir de los referentes normativos y bibliográficos, así como de las aportaciones de los participantes en el estudio.

A pesar de la normativa de carácter estatal, hay una cierta diversidad en la organización y regulación de los centros y servicios analizados, en función de la especificidad de cada territorio y de las políticas de los gobiernos de las comunidades autónomas. También hemos constatado algunos déficits en la implementación y consolidación de los servicios sociales como sistema público de protección social, consecuencia, entre otros factores, de su reciente creación, de la confusión conceptual, de la falta de una financiación adecuada, de la externalización en la gestión y de la falta de coordinación entre los prestadores de servicios. Por otra parte, hemos identificado también déficits en la profesionalización de estos servicios, consecuencia de su falta de valoración, visibilidad y reconocimiento social e institucional, de la feminización de los trabajos de cuidados, y de las precarias condiciones laborales, con una alta temporalidad y bajos salarios (RECIO CÁCERES *et al.*, 2015).

3.2.1. CARACTERÍSTICAS Y ESTRUCTURA DE LOS SERVICIOS DE CUIDADO

La *Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de Dependencia* (LAPAD), regula las condiciones básicas para su aplicación y lo hace mediante la creación de un Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD), con la colaboración y participación de todas las Administraciones públicas y la garantía de un contenido mínimo común de derechos en cualquier parte del territorio del Estado español (véase Capítulo 1, apartado 1.4). Dado que los servicios sociales son competencia exclusiva de las comunidades autónomas, la red de servicios sociales está regulada por las leyes de servicios sociales autonómicas y las normativas de rango inferior que las desarrollan en cada territorio. Además, las carteras o catálogos autonómicos de servicios sociales definen los tipos de prestación, la población destinataria, el equipo de profesionales, las ratios, los estándares de calidad y los criterios de acceso en cada territorio. Según Antoni VILÀ (2012: 143) las leyes autonómicas de servicios sociales promulgadas durante el periodo 2006-2011 inician una nueva generación "con aportaciones muy significativas, centradas en el reconocimiento y garantía de los derechos, tanto los relativos al acceso a los servicios y prestaciones, como los derechos y deberes que corresponden a los destinatarios". Los principios de universalidad y de autonomía, así como los instrumentos técnicos y financieros como garantía de derechos son algunas de estas aportaciones. Si bien, este mismo autor señala "el desigual y complejo camino hacia el reconocimiento de derechos subjetivos a los servicios sociales, iniciado con esta generación de leyes".

Estas leyes autonómicas de servicios sociales diferencian dos niveles organizativos en el sistema. El primero son los servicios sociales generales, básicos, comunitarios o de atención primaria[5], que garantizan la proximidad en la atención, ya que son la puerta de entrada al sistema. Un segundo nivel organizativo son los servicios sociales especializados, que ofrecen atención especializada en función de la situación y necesidades de los colectivos o sectores de población a los que van dirigidos.

A pesar de esta estructura normativa y organizativa, algunos expertos, dudan de que los actuales servicios sociales constituyan realmente un sistema de protección social, dado que su creación es más reciente que en otros países de nuestro entorno y que además "no existe consenso pleno sobre la realidad a la que debe corresponder la denominación servicios

[5] En este informe utilizaremos el término, servicios sociales básicos, para referirnos a este nivel organizativo.

sociales" (CASADO, 2007: 35). Una falta de consolidación a la que también contribuye la confusión en las definiciones de los servicios sociales que se incluyen en las leyes autonómicas, que recogen dos concepciones diferentes. Una primera define los servicios sociales como un sistema de bienestar o protección social, con un objeto y funciones propias y específicas. Una segunda considera "los servicios sociales como un sistema residual, sin contenido propio, constituido por todo aquello que no abarcan otros sistemas de protección o bienestar social" (FANTOVA *et al.*, 2005: 11).

Este marco normativo de las leyes autonómicas de servicios sociales también es valorado de forma crítica por una de las personas participantes en la investigación, quien señala la falta de visión estratégica y su respuesta reactiva a las demandas. Angélica Mazo (C109), secretaria del Sector Servicios a la Comunidad y Sector Servicios Sociales de la Federación de Servicios Públicos de la Unión General de Trabajadores de Aragón, manifiesta que el espíritu de las actuales leyes de servicios sociales como la de Aragón, "considerada de tercera generación (…) por el impulso a los servicios sociales (…) se ha quedado un poco apartado. (…) Aquí tengo una demanda concreta, la tapo con este servicio, más que una apuesta en seguir avanzado los servicios sociales, una coordinación".

3.2.1.1. SERVICIOS SOCIALES BÁSICOS

Los servicios sociales básicos son competencia de la Administración local, los ayuntamientos en el caso de municipios de más de veinte mil habitantes y los consejos comarcales o de otras entidades supramunicipales cuando la población es menor. Estos servicios se organizan en áreas básicas que cuentan con centros y equipos de profesionales que garantizan los servicios de atención domiciliaria (servicios de ayuda a domicilio y servicio de teleasistencia), los comedores sociales y los servicios de intervención socioeducativa no residencial para niños y adolescentes. En coherencia con la diversidad de situaciones en los territorios, estos equipos ofrecen atención básica con intervenciones generalistas para toda la población y atención especializada con intervenciones específicas y de mayor intensidad.

De acuerdo con las leyes autonómicas de servicios sociales la persona que acceda a la Red de Servicios Sociales de Atención Pública debe tener asignado un profesional de referencia, que preferentemente debe ser el mismo y que habitualmente es un trabajador o trabajadora social. Las funciones de los equipos profesionales de los servicios sociales básicos relacionadas con la atención a la dependencia son: la recepción de demandas de cuidado de las personas mayores y dependientes; la prestación de los servicios de atención domiciliaria y apoyo a la unidad familiar o de convivencia; y la elaboración del programa individual de atención (PIA). Son estos equipos los responsables de valorar las necesidades de los usuarios de los servicios domiciliarios y de derivarlos a la empresa o entidad gestora, así como de realizar la coordinación y el seguimiento, ya que esta gestión está mayoritariamente externalizada a entidades privadas de iniciativa social o mercantil, a través de procesos de licitación.

Estos servicios sociales básicos y sus equipos, según el testimonio de Luz (C052), trabajadora social de uno de estos servicios, no tienen en general, y tampoco durante la pandemia, la visibilidad y el reconocimiento en los medios de comunicación y en la opinión pública que les correspondería por su importancia, sobre todo en comparación con los servicios y el personal sanitario. Aunque manifiesta que "en los pueblos tenemos la misma consideración que el médico; es decir el médico y la trabajadora y trabajador social para los propios ciudadanos son figuras fundamentales".

3.2.1.2. CENTROS DE DÍA

Los centros de día son servicios especializados que ofrecen atención psicosocial, que incluye prevención, tratamiento y cuidado, a personas en situación de dependencia leve y moderada, mayoritariamente mayores (INSTITUTO DE MAYORES Y SERVICIOS SOCIALES [IMSERSO], s.d.). Con el objetivo de promover su autonomía en sus domicilios y entornos de convivencia, así como apoyar a la persona cuidadora habitual, a modo de respiro. Ofrecen una atención personalizada mediante servicios básicos (transporte, manutención, asistencia en las actividades básicas de la vida diaria), servicios terapéuticos (atención social, psicológica, terapia ocupacional, cuidados de salud) y servicios complementarios (peluquería, patologías, etc.). En este mismo sentido, Teresa MARTÍNEZ (2010: 16) los define como: "recursos de carácter socio-terapéutico que durante el día prestan atención a las necesidades básicas, terapéuticas, emocionales y sociales de la persona dependiente". Estos servicios pueden estar integrados en los centros residenciales o funcionar como recursos independientes. Se crearon en los años 80 del siglo XX como recurso alternativo a la institucionalización, ya que permiten una permanencia en el entorno habitual de la persona. Es por ello que se consideran un recurso intermedio en la cadena asistencial, como eslabón entre la residencia y la atención domiciliaria. Inicialmente tuvieron dificultades de implementación, pero poco a poco se fueron conociendo y valorando positivamente, ya que permiten la contención de la dependencia y alivian la carga de los cuidadores familiares. En este sentido, se trata de un recurso relativamente nuevo, en rápida expansión en el medio urbano, con tendencia a la especialización debido a la enfermedad de Alzheimer, que cuenta con un apoyo creciente por parte de las familias cuidadoras (RODRÍGUEZ CABRERO, 2006).

Estos centros pueden ser de titularidad pública, los que dependen de la comunidad autónoma o de la Administración local (ayuntamientos, consejos comarcales o diputaciones), privada mercantil o de la iniciativa social (fundación, asociación, cooperativa, etc.). En el caso de los centros públicos, su gestión puede ser pública (con la contratación directa de los profesionales o a través de una empresa o instituto público) o externalizada (a entidades privadas de iniciativa social o mercantil, a través de procesos de licitación). Existiendo también la concertación de plazas públicas en centros privados.

Según datos del IMSERSO (2021), la prestación para este servicio supone a nivel estatal el 6,11% (87.968 usuarios) de todas las prestaciones del sistema de atención a la dependencia. En Andalucía el 3,96% (12.463 personas) de los usuarios del sistema tienen esta prestación. En Aragón la tienen 1.553 usuarios, lo que supone el 4,26% de todo el sistema. En Cataluña son 11.420 las personas usuarias, con un peso del 5,94% y en Murcia son 1.715 los usuarios, un 8,51%.

Según datos del IMSERSO (2020), se ofertaron 99.163 plazas distribuidas en 3.674 centros, lo que implica un índice de cobertura de 1,08. De las 55.649 personas usuarias, el 70% son mujeres y el 71% superan los ochenta años. En esta misma fecha había en España 3.174 centros de día, con un tamaño medio de 27 plazas, de los que 2.079 (57%) eran de titularidad privada y 1.595 (43%) de titularidad pública. Unos porcentajes que muestran variaciones por comunidades autónomas. En cuanto al tipo de financiación de estos centros 6.979 (60,3%) de las plazas tenían financiación pública y 3.9365 (39,7%) privada. Finalmente, el precio en centros públicos anual por plaza era de 9.077 euros de los que la persona usuaria aportaba 2.176 (24%) y el precio concertado medio anual era de 10.077 euros de los que la aportación de la persona usuaria era de 2.174 euros (21%).

3.2.1.3. SERVICIOS DE AYUDA A DOMICILIO

De acuerdo con el Catálogo de Referencia de Servicios Sociales la ayuda a domicilio incluye el "conjunto de atenciones y cuidados de carácter personal, psicosocial, educativo, técnico y doméstico que pueden tener un carácter preventivo, asistencial y rehabilitador destinadas a familias y personas con dificultades para procurarse su bienestar físico, social y psicológico, proporcionándoles la posibilidad de continuar en su entorno habitual". No obstante, los cuidados y atenciones que se ofrecen desde estos servicios no son suficientes para conseguir sus objetivos, por lo que resulta necesaria la implicación y compromiso de las familias y, en ocasiones de los entornos comunitarios, como el vecindario o entidades de voluntariado (véase Capítulo 1).

Con anterioridad a la aprobación de la LAPAD y de este catálogo, los servicios de ayuda a domicilio (SAD) se potenciaron como yacimientos de empleo en los años 90 del siglo XX con el fin de cubrir las necesidades de cuidados de la población y crear ocupación para luchar contra el desempleo y no como servicios profesionalizados de calidad (TORNS, 2007). Un planteamiento que tenía como objetivo generar empleo para personas con dificultades de inserción social, cuyas consecuencias en cuanto a los requisitos de formación y las condiciones laborales se siguen produciendo en la actualidad (ROCA, 2017).

Según datos del IMSERSO (2020), tenían SAD 454.068 personas usuarias, lo que supone una tasa de cobertura del 4,93%. Destacan las mujeres de más de 80 años que suponen el 51% de todas las personas usuarias, seguidas de las mujeres de entre 65 y 79 años con un peso del 22%, los hombres de más de 80 años que suponen el 18% y finalmente los hombres de 65 a 79 años que son el 9% del total de personas usuarias. La media de horas de atención por usuario al mes es de 20,56. En cuanto al coste, el precio público por hora es de 14,61 euros y de 300 euros por usuario al mes. La aportación promedio de las personas usuarias es de 1,65 euros por hora de atención, lo que supone el 11,3% del coste.

Según datos del IMSERSO (2021), la prestación para este servicio supone, a nivel estatal, el 17,84% (257.003 usuarios) de todas las prestaciones del sistema de atención a la dependencia. En Andalucía el 33,34% (104.875 personas) de los usuarios del sistema tienen esta prestación. En Aragón la tienen 4.097 usuarios, lo que supone el 11,24% de todo el sistema. En Cataluña son 31.182 las personas usuarias, con un peso del 16,21% y en Murcia son 1.184 los usuarios, un 2,71%. Según datos del IMSERSO (2020), el SAD atendía a 454.068 personas mayores, es decir, un 4,93% de las personas de 65 y más años, de las que el 73% son mujeres y el 69% supera los ochenta años.

Existen dos modalidades de SAD: el servicio social básico municipal, en el marco de los servicios sociales básicos (no todas las comunidades autónomas lo reconocen como prestación garantizada) y el servicio social especializado como parte del sistema estatal de atención a la dependencia. La diferencia recae en la naturaleza jurídica de la prestación y en la concreción de los beneficiarios (situación de riesgo social o valoración situación de dependencia), pero en los dos casos la gestión y prestación corresponde a las Administraciones local, municipal o supramunicipal según el número de habitantes. Aunque la titularidad del servicio y la responsabilidad es pública, su prestación puede llevarse a cabo directamente, por la propia Administración, o mediante gestión indirecta de entidades privadas (de iniciativa privada o mercantil) o empresas públicas, a través de un concurso público. A modo de ejemplo ilustrativo, en Cataluña el 85% de los SAD es de gestión indirecta, y las empresas mercantiles representan el 63,2% (ASSOCIACIÓ CATALANA DE RECURSOS ASSISTENCIALS [ACRA], 2014). En los inicios de este servicio en los años 80 del siglo XX los ayuntamientos comenzaron a adjudicar su gestión a entidades de la iniciativa social y a cooperativas promovidas desde la

Administración. Pero, según el testimonio de Neus (C026*)[6] gestora de SAD en una entidad[7] "la LAPAD y las nuevas leyes de contratación, se cargaron todo aquel tejido social", ya que esta regulación de la externalización de la gestión de este servicio público ha supuesto su mercantilización con la entrada de empresas y la reducción de la presencia de entidades de la iniciativa social. Otra forma de provisión del servicio es mediante la prestación económica vinculada a la adquisición de un servicio cuando no es posible el acceso a un servicio público, pudiendo ser prestado por entidades acreditadas por las comunidades autónomas.

3.2.1.4. ASISTENCIA PERSONAL[8]

La figura del asistente personal es muy reciente en España, en comparación con los países de nuestro entorno, lo que junto con la complejidad que supone su implantación, podrían explicar su presencia minoritaria en el sistema de atención a la dependencia. La asistencia personal se reconoce en España a partir de la aprobación de la Ley de Dependencia. Nace asociada al Movimiento de Vida Independiente, que rechaza el modelo médico en que se basa la idea de minusvalía o de discapacidad y aboga por un modelo social que facilite la vida independiente de las personas con diversidad funcional.

Actualmente en España existen dos vías de acceso a la asistencia personal. La primera es la prestación económica de asistencia personal (PEAP) prevista en la Ley de Dependencia. Según datos del IMSERSO (2021), la PEAP representa el 0,56% (8.032 personas beneficiarias) de todas las prestaciones de atención a la dependencia. En algunas comunidades autónomas, las entidades de personas con diversidad funcional gestionan servicios de asistencia personal a los que se accede a través de esta prestación, como hacen la Plataforma Representativa Estatal de Personas con Discapacidad Física (PREDIF) en Andalucía, Murcia, Castilla y León, y Galicia, la Confederación Galega de Persoas con Discapacidade (COGAMI) y la Oficina de Vida Independiente de Galicia (OVI-VIgalicia). Destaca el País Vasco, donde la PEAP supone el 7,02% (6.249 personas beneficiarias) de las prestaciones, es decir el 77,8% de todas las del Estado. Ello se debe a la aplicación de la PEAP como un SAD ampliado para personas dependientes (BENEDICTO, 2013: 75). Un planteamiento criticado por el Movimiento de Vida Independiente. En esa misma fecha, en Cataluña, la cobertura de esta prestación es de 77 personas, que representan solo el 0,04% de todas las prestaciones de la ley.

La segunda vía de acceso a la asistencia personal son las prestaciones que reciben los usuarios por parte de algunas Administraciones locales y comunidades autónomas y que, por decisión de las personas beneficiarias, son gestionadas por entidades de personas con diversidad funcional. En Cataluña tienen prestación de asistencia personal la Generalitat de Catalunya y el Ajuntament de Barcelona. La prestación que reciben de la Generalitat los usuarios está cogestionada por la Fundación ECOM, y la del Ajuntament de Barcelona por seis entidades y empresas acreditadas[9]. La Fundación ECOM es, por tanto, la principal entidad cogestora de asistencia personal en Cataluña, con un total, en mayo de 2020, de 71 usuarios y usuarias[10], y 106 asistentes personales (74 mujeres y 32 hombres).

---

[6] Para indicar las citas traducidas del catalán al castellano se usará un asterisco (*) después del código de la persona participante.

[7] En relación con la forma de gestión del SAD, solo especificaremos cuando la gestión es directa o mixta, el resto se entiende que es externalizada. Tampoco hemos diferenciado la tipología jurídica de la entidad, ya que consideramos que no es relevante para los resultados que presentamos.

[8] El contenido de este apartado se ha elaborado a partir del artículo de Tomasa BÁÑEZ y Dolors COMAS-D'ARGEMIR (2021).

[9] En 2017 estas entidades atendían 52 personas: 2 por la Asociación Catalana pro Personas con Sordoceguera (APSOCECAT), 10 por la OVI de Barcelona, 33 por la Fundación ECOM, 4 por la Fundación Pere Mitjans, 2 por Dependentia Ayuda a Domicilio y 1 por la Associació Assistència Qualificada Barcelona (AQB).

[10] De los que 35 cuentan con financiación de la Generalitat, 32 del Ajuntament de Barcelona y 4 son usuarios privados.

La asistencia personal facilita a las personas que lo necesitan, el apoyo para la realización de las actividades básicas de la vida diaria en su entorno, así como su inclusión y participación social, liberando a sus familias de la obligación de hacerlo, y permitiéndoles ejercer su derecho a una vida digna. En muchos casos las personas con diversidad funcional necesitan una ayuda permanente, que actualmente no queda garantizada por los servicios de asistencia personal disponibles. Esto supone requerir el apoyo de sus parejas y de su familia, o recurrir a trabajadores sin contratación formal por las dificultades de costearlos; y, en ausencia de esta ayuda, tienen que vivir experiencias dolorosas e indignas. El carácter esencial de la asistencia personal para las personas que la precisan plantea la necesidad de que se regule y financie adecuadamente por parte de la Administración.

3.2.2. PERFILES PROFESIONALES Y CONDICIONES LABORALES DE LAS TRABAJADORAS DE LOS SERVICIOS DE CUIDADO

La definición de los perfiles profesionales de los servicios de cuidados, así como de los requisitos de formación y competencias, se incluye en la normativa tanto estatal como autonómica y en los catálogos o cartera de servicios sociales. El apoyo y la atención profesional que se realiza en el caso del SAD y de la asistencia personal, se basa en el vínculo y la relación de confianza y se realiza en el espacio privado y en la intimidad de la persona, por lo que son fundamentales por parte de las trabajadoras, las competencias actitudinales y relacionales, en especial la sensibilidad, la escucha activa, la capacidad de adaptarse al usuario, la empatía y la afinidad personal.

Las figuras profesionales de los servicios de cuidados comparten las dificultades para su profesionalización, que se evidencian en la formación y acreditación para poder trabajar y en las precarias condiciones laborales y salariales. Estas dificultades se explican por la vinculación de los trabajos de cuidados a los imaginarios del trabajo doméstico y familiar, lo que dificulta el poder dotar de valor a una actividad que socialmente se asocia a la privacidad, la domesticidad y la servidumbre (RECIO CÁCERES *et al.*, 2015: 183). De esta forma son las mujeres las que asumen mayoritariamente los cuidados a partir de una construcción social que naturaliza este papel, al que se añaden además el afecto y la dimensión moral (COMAS-D'ARGEMIR, 1995). Así sucede por ejemplo con las trabajadoras del SAD, los asistentes personales y otras ocupaciones de cuidado en el hogar. La persistencia de esta vinculación explicaría la mayoritaria presencia de mujeres, que por ejemplo en el SAD en Cataluña representan el 97% (ACRA, 2014), aunque a diferencia de las trabajadoras del hogar, son mayormente mujeres autóctonas, con poca formación (ROCA, 2017). También en Cataluña las mujeres están sobrerrepresentadas en las ocupaciones relacionadas con el sector servicios en el que se incluyen los trabajos de cuidado y el trabajo doméstico, cuyas condiciones laborales y salariales son precarias (Comisiones Obreras [CCOO], 2020: 120).

La Encuesta de Población Activa (EPA) proporciona datos aproximados respecto al número de trabajadoras a domicilio en España (véase Capítulo 1, apartado 1.5.2)[11]. Son un total de 173.301, lo que representa un 25,3% de las trabajadoras del cuidado, cifra que está por encima de las trabajadoras en residencias (19,5%) y por debajo de las trabajadoras domésticas (54,5%). La EPA confirma también la elevada presencia de mujeres (92,3%), a lo que hemos de añadir que las trabajadoras migradas representan un 49,2%.

[11] Decimos que los datos son aproximados porque en la realización de la encuesta, es posible que cueste diferenciar entre trabajadoras a domicilio y trabajadoras domésticas. Si consideramos el establecimiento donde trabajan, 90.637 lo hacen en Servicios Sociales sin Alojamiento, mientras que 80.441 lo hacen en Hogares. Es aquí donde se puede producir la confusión entre los dos tipos de trabajadoras.

En el caso de los servicios sociales básicos las leyes autonómicas y las carteras o catálogos de servicios sociales establecen que los equipos de estos servicios deben incluir personal técnico y personal administrativo. Los equipos profesionales están formados por trabajadoras sociales, educadoras sociales, psicólogas y cualquier otro personal técnico titulado que sea necesario para las funciones de estos servicios, siendo las trabajadoras sociales las profesionales de referencia de las personas usuarias. Al ser estos servicios de responsabilidad pública, es la Administración correspondiente la que realiza las contrataciones como personal laboral o funcionario, de acuerdo con la normativa y los convenios colectivos vigentes.

Los centros de día deben contar con un equipo multidisciplinar formado por auxiliares de enfermería o gerocultoras, enfermera/o, médica/o, psicóloga/o, terapeuta ocupacional y trabajadora social, con los requisitos de formación académica universitaria o de técnicos en atención sociosanitaria a personas dependientes en instituciones sociales (IMSERSO, s.d.). Los procedimientos de contratación y las condiciones laborales del personal laboral o funcionario de los centros de titularidad pública se regulan por la normativa de la Administración correspondiente. Las condiciones laborales del personal de los centros de titularidad privada son las establecidas en el VII Convenio colectivo marco estatal [12], con una actualización anual de los salarios según el IPC[13].

El papel del SAD en el proceso de inserción laboral y ocupacional de muchas personas, analizado en el apartado anterior de este informe, plantea el reto de facilitar esta inserción laboral, a la vez que garantiza la formación en las competencias profesionales necesarias para trabajar en este servicio. Según comenta Mariona (C255), gestora de SAD en una empresa pública: "nosotras tenemos personas que vienen de [los servicios] de empleo, no de una formación académica reglada. Entonces, tenemos perfiles muy difíciles (…) muchas veces la capacidad de tomar decisiones o de resolver es baja".

La atención domiciliaria ha experimentado cambios significativos en cuanto a la profesionalización y regulación de perfiles y titulaciones exigidas para desarrollar el trabajo. La gestión del SAD está a cargo de la coordinadora técnica (grado de educación o trabajo social) y la ayudante de coordinación y para la atención directa se diferencian, en el caso de Cataluña, dos categorías profesionales: las trabajadoras familiares y las auxiliares de limpieza. En Aragón, Andalucía y Murcia la atención directa se realiza por parte de un único perfil profesional: las auxiliares domiciliarias o de ayuda a domicilio.

En 2008, el Consejo Territorial publica un acuerdo a nivel estatal[14] que recomienda que las profesionales del sector tengan una formación específica[15], ya sea adquirida mediante el sistema educativo (Formación Profesional de grado medio o acreditación de competencias profesionales) o el sistema ocupacional (Formación Profesional para la ocupación). Aun así, según las personas entrevistadas no siempre están contratando trabajadoras con las titulaciones requeridas. Como hemos señalado anteriormente, en el perfil de estas profesionales las competencias relacionales son básicas para realizar el trabajo. Esta importancia de la formación para la adquisición de competencias profesionales, incluyendo las de tipo relacional, se pone en evidencia por la actuación del SAD en diversos sectores de población, con los que se realizan intervenciones preventivas, educativas, asistenciales y socializadoras. Según comenta Maia (C188*), de la Plataforma SAD Cataluña: "cuidamos a

[12] Resolución de 11 de septiembre de 2018, de la Dirección General de Trabajo, por la que se registra y publica el *VII Convenio colectivo marco estatal de servicios de atención a las personas dependientes y desarrollo de la promoción de la autonomía personal* (residencias privadas de personas mayores y del servicio de ayuda a domicilio).

[13] La tabla salarial correspondiente al año 2021 se puede consultar en Inforesidencias, Enlace.

[14] *Acuerdo del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia*, sobre criterios comunes de acreditación para garantizar la calidad de los centros y servicios del SAAD.

[15] Técnico de atención sociosanitaria a personas dependientes, entre otras.

niños y bebés, a adolescentes, toda la problemática que pueda haber en nuestra ciudad, y no somos como dicen algunos: 'las simples mujeres que acompañan a los abuelos'".

En Andalucía y Murcia, las condiciones laborales y los salarios[16] de las profesionales del SAD están reguladas por el VII Convenio colectivo marco estatal. En la provincia de Zaragoza[17] y en la de Huesca[18] lo están por un convenio provincial en el que se incluyen las tablas salariales[19]. En Cataluña, lo están por un nuevo convenio autonómico[20] que introduce incrementos retributivos, aunque los salarios son bajos para todo el personal del servicio[21]. Por otro lado, para poder mantener una estabilidad en las horas de contrato, en todos los convenios se establece una bolsa de horas, que permite la acumulación de las horas que la trabajadora realiza de más o de menos como consecuencia de la organización del servicio en función del tiempo concedido a las personas usuarias, es decir, de altas, bajas o incidencias diversas.

Según estudios realizados (FRANCO y RUIZ, 2018) y por lo que hemos podido constatar en nuestro trabajo de campo, la precariedad en las condiciones laborales es una constante, independientemente de la tipología y forma jurídica de la entidad gestora del servicio. El pago de los desplazamientos, descansos, o formación, varía de una empresa a otra, pero en general no se cumple con lo establecido. En contraste, parece que la gestión del servicio mediante una empresa pública garantiza una mejora salarial del 3%, sujeta a las subidas anuales estatales y otras mejoras laborales y de gestión del servicio, según nos explica Mariona (gestora de SAD, C239).

En el caso de la asistencia personal, desde la aprobación de la Ley de Dependencia, se han publicado diferentes normativas de ámbito estatal en las que se recoge la exigencia de cualificación profesional de los asistentes personales, así como las recomendaciones formativas que establece el acuerdo estatal de 2008. Aunque la formación es un tema no resuelto, sí hay cierto acuerdo por parte de los diferentes actores implicados, en una capacitación mínima que se inscriba en la filosofía de la vida independiente. Según Elena ORTEGA (2015: 144), gerente de la Plataforma Representativa Estatal de Personas con Discapacidad Física (PREDIF), Cataluña es la "única comunidad autónoma que cuenta con una regulación específica de la asistencia personal". En esta regulación[22] se habla de idoneidad de las trabajadoras valorada según la experiencia y la formación previa y las necesidades de la persona, y no de cualificación profesional. Aunque se menciona que se tendrá en cuenta la formación que acuerde el Consejo Territorial.

La legislación española abre diversas posibilidades para articular la relación laboral entre la persona con diversidad funcional y el asistente personal, quedando las condiciones laborales reguladas a nivel estatal por el XV Convenio colectivo estatal[23]. Sin embargo, en Cataluña, la Fundación ECOM aplica el convenio autonómico del SAD. Gonzalo José CARBONELL (2017) señala que la actual regulación laboral de la asistencia personal no resulta plenamente

[16] Salario bruto/mensual en el 2019 por una jornada anual de 1.755 horas: 1.426,57 para coordinador/a del servicio, y 984,65 para auxiliar de ayuda a domicilio.

[17] *Convenio colectivo del sector Servicio de Ayuda a Domicilio de Zaragoza*. Boletín Oficial de Zaragoza núm. 44 de 23/02/2019.

[18] *Convenio colectivo de ayuda a domicilio de la provincia de Huesca*. Boletín Oficial de Huesca núm. 21 de 01/02/2011.

[19] En Zaragoza y en Huesca, el salario bruto/mensual en el 2019 por una jornada anual de 1.755 horas: 1.515,29 para coordinador/a del servicio, y 1.036,63 para auxiliar de ayuda a domicilio.

[20] *V Conveni col·lectiu d'empreses d'atenció domiciliària de Catalunya*. Resolución TSF/2699/2020, de 20 de octubre.

[21] Salario bruto/mensual por una jornada anual de 1.665 horas: 1.407,19 para coordinador/a técnico/a, 1.098,49 para trabajador/a familiar, y 941,75 apara auxiliar de limpieza. Hasta el 30/09/2020.

[22] Orden ASC/471/2010, de 28 de septiembre, por la que se regulan las prestaciones y los y las profesionales de la asistencia personal en Cataluña.

[23] Resolución de 27 de junio de 2019, de la Dirección General de Trabajo, por la que se registra y publica el *XV Convenio colectivo general de centros y servicios de atención a personas con discapacidad*. Publicado en el BOE en 2019.

satisfactoria. Uno de los problemas principales es la temporalidad, ya que la necesidad de asistencia puede ser más intensa en días y horas diversas. Subraya también que, en los convenios laborales la asistencia personal queda reducida a un bajo nivel de cualificación, con bajas retribuciones. Además, es frecuente que muchos asistentes personales hagan su actividad en el plano de la economía sumergida, ya sea por falta de acceso a la PEAP, o por la dificultad de sufragar los costes de la contratación legal, lo que va en detrimento de los derechos e intereses de las dos partes implicadas (persona con diversidad funcional y asistente personal). Los asistentes personales tienen condiciones laborales similares a otras figuras asistenciales del sector de los cuidados, siendo un nicho para trabajadoras migrantes, feminizado, precarizado y poco valorado socialmente (RECIO CÁCERES *et al.*, 2015). Una situación, la de la profesionalización de la asistencia personal, en la que además hay que tener en cuenta que los activistas del Movimiento de Vida Independiente valoran la regulación de esta figura profesional como una potencial amenaza para ejercer su derecho a decidir como usuarios de la asistencia personal (BÁÑEZ y COMAS-D'ARGEMIR, 2021).

3.2.3. EL CONCEPTO DE CUIDADO DESDE LA LÓGICA LABORAL. ASPECTOS MATERIALES, EMOCIONALES Y MORALES

En los servicios de atención a la dependencia, las actividades de cuidado están delimitadas por las normativas de servicios sociales de cada comunidad autónoma, y la LAPAD las concreta en las Actividades de la Vida Diaria (art. 2): "las tareas más elementales de la persona, que le permiten desenvolverse con un mínimo de autonomía e independencia, tales como el cuidado personal, las actividades domésticas básicas, la movilidad esencial, reconocer personas y objetos, orientarse, entender y ejecutar órdenes o tareas sencillas".

Tal como se recoge en la LAPAD las actividades domésticas también forman parte del cuidado, aunque en determinados servicios, y, según la regulación de cada comunidad autónoma, son tareas diferenciadas y realizadas por distintos profesionales. En el caso del SAD, el convenio marco estatal determina que las auxiliares de ayuda a domicilio realizan las dos actividades, pero, tal como hemos explicado en el apartado anterior, en el caso de Cataluña el convenio sectorial diferencia entre trabajadoras familiares y auxiliares de limpieza. En Aragón, aunque las actividades estén a cargo de una misma figura profesional, el servicio se divide en SAD dependencia, donde las trabajadoras no realizan limpieza, y en SAR (un refuerzo para personas con más autonomía), donde sí las realizan. Esta separación de las actividades suscita tensiones entre las auxiliares y las personas usuarias a la hora de delimitar las tareas, sobre todo porque el cuidado se realiza en el espacio doméstico (ROCA, 2017). Así lo han manifestado las personas entrevistadas:

> Con una persona dependiente, aunque hagas tareas del hogar solo haces lo que esta persona utiliza: baño o cocina, o la habitación donde duerme, pero no harías por ejemplo una habitación de un hijo (…). No es una empresa de limpieza, es una empresa de ayuda, de ayuda física, personal, para lo que ellos no llegan, ahí estás tú. (Bárbara, auxiliar de ayuda a domicilio, C090)

Incluso en aquellas comunidades autónomas donde no se establece una diferenciación entre servicios y profesionales, en la práctica se genera una ambigüedad en la delimitación de las mismas, sobre todo para las personas usuarias (DÍAZ y ELIZALDE, 2015), lo que repercute negativamente en el prestigio y valoración de las profesionales:

> Pues la verdad yo prefiero residencia, lo he tomado más a gusto, me siento mejor allí pero bueno tampoco está mal el otro trabajo [SAD]. Más en el sentido de la limpieza, que la gente te ve como la chica de la limpieza, las cosas como son (…) pero no es así, realmente vamos a ayudarlos a ellos. (Mariana, auxiliar de ayuda a domicilio, C285)

Sin embargo, también encontramos testimonios que entienden el cuidado de forma integral, en este caso, tanto auxiliares de ayuda a domicilio como asistentes personales:

> Yo creo que el cuidado aparte de lo físicamente de la persona, gestionar todo su entorno, que esté todo limpio, que tenga una cama en condiciones, que tenga una comida bien. (Miguel, auxiliar de ayuda a domicilio, C193)

> El trabajo de cuidador abarca múltiples tareas en la cual de pronto, asistes para que una persona se levante o tenga acceso a algo, o haces lo que esa persona no puede hacer, ya sea limpiar, cocinar, escuchar, y muchas veces, tener que lidiar con los cambios de humor de una persona, que vive con dolor, (…) no, no, no, el trabajo no es solamente levantarlo y sentarlo. A ver, yo es que tengo una implicación. (Valentina, asistente personal, C029)

En esa línea, recuperamos el concepto de una cooperativa de SAD del País Vasco, que apunta a un cuidado integral y que incluye a tres actores: personas usuarias, familias y auxiliares. Este concepto no distingue entre tareas domésticas y tareas de atención directa, precisamente porque considera que el cuidado se refiere tanto al dependiente como al entorno donde se desenvuelve. Así lo señala Clara, socia y fundadora de una cooperativa:

> Al final, el servicio de ayuda a domicilio a la persona es integral al servicio. O sea, le haces la comida si hay que hacérsela, le limpias la casa si hay que limpiársela. Era todo (…) El trabajo que nosotros hacemos, es el trabajo que nadie quiere hacer. Y siempre ha estado mal visto. Al final, fíjate, a mí me da la risa porque el servicio de ayuda a domicilio y el doméstico es lo mismo, lo que cambia es el nombre y las condiciones (…) pero es lo mismo. (Clara, C203)

Desde esta perspectiva, entendemos que los cuidados son todas aquellas actividades de atención material o emocional, así como las tareas de gestión de estas atenciones, que necesitamos las personas en nuestro ciclo vital, y que se agudizan e intensifican en determinados momentos, como ocurre con las personas mayores y dependientes. Una definición que contempla también el trabajo que se realiza desde los servicios sociales básicos, unos servicios que ofrecen y gestionan cuidados a las personas que no puedan desarrollar sin la ayuda de terceros las actividades de la vida diaria, así como protección y sustitución de la tutela cuando proceda, pero que también realizan el acompañamiento para el desarrollo personal y la integración comunitaria de las personas cuyas posibilidades de integración social, educativa, laboral o de otro tipo esté limitada por diversas razones (AGUILAR, 2013: 161-162).

Las personas participantes del estudio, enfatizan que además de las tareas materiales (que varían en función de las necesidades de la persona: preparar comidas, aseo, ducha, paseos, compra, estimulación cognitiva, masajes, controlar tensión, dar medicación etc.), el cuidado implica una dimensión emocional, basada en las charlas, la estimulación, la compañía, y en el interés por el estado emotivo de la otra persona: "no solamente es hacer un trabajo de limpieza o hacer un trabajo de aseo, sino de escucha" (Amalia, trabajadora social de servicios sociales básicos, C091). Estas dimensiones están directamente relacionadas con la corporalidad, ya sea cuando se realiza un aseo o una necesidad fisiológica, o cuando se muestran afectos, por ejemplo, dar un abrazo. El cuerpo y el contacto físico ha adquirido especial relevancia durante la pandemia, ya que las restricciones para evitar el contacto físico han fragmentado el cuidado, como veremos más adelante.

La dimensión emocional se concreta, también, a partir del vínculo que se establece con las personas cuidadas, dando cuenta que el cuidado es relacional. Justamente este vínculo, esta implicación personal, suscita dificultades para establecer unos límites más allá de lo personal:

> Cuando llevas mucho tiempo en estos servicios, pues claro, quieras que no, la implicación que coges es difícil de hacer una separación, porque tú vas al domicilio, conoces... Porque claro, decimos, donde están los límites, complicados. (Helena, trabajadora social, C008*)

> Aunque nos dicen que no debemos tener una relación de amistad con los usuarios, a mí me gusta mucho hablar con Diego, ya que me escucha y me aconseja cuando se lo pido. Para mí es como un padre, bueno mejor que mi padre. (Daniela, asistente personal, C023)

En esta visión compleja del cuidado, es preciso incluir también la dimensión moral presente a través de la obligación y la responsabilidad asumida tradicionalmente por las mujeres en el ámbito familiar y doméstico, y que se proyecta en las ocupaciones de cuidados con la feminización de estos servicios. Los testimonios de algunas personas entrevistadas señalan como los discursos sociales dominantes sobre el cuidado influyen en la definición de las personas que cuidan y en sus atribuciones, enfatizándose la importancia de la vocación en estos trabajos. Así lo manifiesta Candela (trabajadora familiar, C006), cuando comenta que sin esta vocación no sería posible sostener estos trabajos que se realizan en unas condiciones de precariedad: "es más por vocación que por los sueldos o cualquier otra cosa"; o Mariana (auxiliar ayuda a domicilio, C285), que se refiere a la dureza de la actividad y señala que "hay que tener vocación, porque son trabajos duros y saber llevar a las personas".

3.3. "TODOS NOS HEMOS ADAPTADO A ESA INCERTIDUMBRE". IMPACTO DE LA COVID EN LA ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS

La declaración de estado de alarma, del 14 de marzo de 2020, implicó que se tomaran respecto a los servicios de atención a las personas en situación de dependencia y a los servicios sociales (véase Capítulo 1, apartado 1.4.3). Las principales medidas surgirían desde los más altos niveles de la Administración pública, quienes se encargarían de marcar las pautas a seguir para hacer frente a los efectos de la pandemia, pero posteriormente cada uno de los servicios implementó, además, sus propias estrategias. En este apartado haremos referencia a las medidas de actuación implementadas por las Administraciones públicas y por las entidades y empresas, que significaron una reorganización de los servicios y un impacto económico para las organizaciones prestadoras.

3.3.1. MEDIDAS DESDE LAS ADMINISTRACIONES PÚBLICAS Y LAS ORGANIZACIONES GESTORAS DE LOS SERVICIOS

Al inicio de la pandemia y con el objetivo de reforzar la capacidad de acción del conjunto de los servicios sociales la Administración central creó un fondo social extraordinario para reforzar, entre otras medidas, los servicios de proximidad de carácter domiciliario y ampliar las plantillas de centros de servicios sociales. Las comunidades autónomas también pusieron en marcha fondos económicos extraordinarios para reforzar los sistemas sociales, sanitarios y educativos, además de apoyar a las familias, las empresas y el empleo.

Posteriormente, el Gobierno central y las comunidades autónomas acordaron la consideración de los servicios sociales como servicios esenciales, y la flexibilización de los criterios y procesos para la contratación de profesionales con la finalidad de garantizar el correcto funcionamiento del sistema de servicios sociales en su conjunto y la continuidad de los mismos[24]. En la orden, se especifica que es una medida que se aplica a todos los centros y entidades que presten cualquiera de los servicios contenidos en el Catálogo de Referencia de Servicios Sociales aprobado por el *Acuerdo del Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia*, con independencia de su titularidad. Finalmente, se indica que es el IMSERSO y las comunidades autónomas en sus respectivos ámbitos de competencia en

[24] Orden SND/295/2020, de 26 de marzo, por la que se adoptan medidas en materia de recursos humanos en el ámbito de los servicios sociales ante la situación de crisis ocasionada por la COVID-19.

materia de servicios sociales, quienes podrán adoptar las medidas necesarias. Además, las Administraciones estatales y autonómicas publicaron diversos documentos técnicos con recomendaciones relativas a cómo actuar frente a la covid en el marco de los diferentes servicios sociales.

Durante las primeras semanas del estado de alarma, las gestoras de los servicios vivieron con mucha incertidumbre el cómo proceder, aunque la declaración de servicio esencial implicó una cobertura institucional que ha sido crucial. Eulàlia (C004*), gestora del servicio de asistencia personal, comenta: "aquí, tuvimos dificultades, sobre todo la primera semana, porque no acababan de ver que el servicio de asistencia personal fuera un servicio esencial". Aun así, se manifiesta una acuciante falta de información por parte de las Administraciones autonómicas, que ha comportado respuestas improvisadas por parte de las Administraciones locales y de los servicios. Una expresión repetida por el personal técnico de servicios sociales era "haz lo que puedas". Venancio (C092), gerente de un centro de día privado, explica que al principio de la pandemia todo fue complicado porque "hubo una cierta desorientación y un cierto descontrol, también por parte de las Administraciones, sobre lo que hacer en estas situaciones". En la misma línea, Paquita Morata (C291), gerente de la Asociación Aragonesa para la Dependencia, alude a la cantidad de protocolos e indicaciones que se dieron durante todo el periodo: "ha sido toda una evolución, sobre todo en temas formativos, porque nos han vuelto locos rematados, yo tengo un tocho de normativas de BOE a nivel nacional y de BOA de aquí de Aragón, tremendo".

Mientras que el apoyo de las Administraciones autonómicas fue mínimo y poco clarificador, las personas entrevistadas señalan que los gobiernos locales (provinciales y municipales) estuvieron más implicados, por ejemplo, a través de asignaciones presupuestarias específicas en el momento más crítico de la pandemia:

> Los ayuntamientos se han volcado, con todos sus medios, recursos, la diputación también. Yo también quien veo que no ha sido capaz de articular respuestas que hayan sido suficientemente ágiles ha sido la Junta [de Andalucía]. (…) la diputación muy bien porque le ha echado mucho dinero, por ejemplo, en la partida de emergencia social, no ha puesto límites a los ayuntamientos, cuando justificaban una, empezaban con otra. (María Teresa, directora de servicios sociales básicos, C155)

> La gestión que se ha hecho en muchos lugares como el nuestro, ha sido gracias primero a los servicios municipales, a los ayuntamientos, a la gente que trabaja en los servicios municipales y a la gente que está en primera línea. (Jaume Salmeron, concejal del área de atención y servicios a las personas del Ayuntamiento de Arbúcies, C051*)

Ramón Lamiel (C035*), gerente del Instituto Municipal de Personas con Discapacidad de Barcelona, afirma que desde el ayuntamiento se ha apoyado a las entidades gestoras de la asistencia personal, a través de reuniones, del suministro de equipos de protección y de la elaboración de protocolos, así como de la creación de un equipamiento de emergencia que finalmente no se puso en marcha: "dada la baja incidencia de la covid-19 en la asistencia personal". Lo mismo puede decirse respecto al SAD por parte del Ajuntament de Barcelona, ya que se mantenían reuniones periódicas con las empresas que proporcionaban el servicio en la ciudad, y sus criterios sirvieron de guía para otros municipios, tal como confirma Neus (C026), gestora del SAD, con servicios en distintas poblaciones catalanas.

La consideración de servicios esenciales no significó necesariamente que se mantuviera la oferta de los servicios desde la infraestructura habitual, aunque sí hubo un interés en garantizar una atención y evitar los expedientes de regulación temporal de empleo (ERTE) para los equipos de profesionales. En ese sentido, hemos identificado dinámicas distintas entre los servicios, con efectos diversos en la organización del trabajo y a nivel financiero. Cabe decir

que las medidas específicas tomadas por cada comunidad autónoma y cada Administración local fueron diversas, aunque en general se puso en marcha la prestación de apoyo psicológico a las trabajadoras de los servicios sociales, la agilización en los mecanismos de financiación de los servicios sociales municipales, la flexibilización de criterios para reasignar las funciones de las profesionales ya contratadas, la puesta en marcha de equipos especiales de detección de necesidades, o la creación de canales específicos de coordinación.

3.3.1.1. SERVICIOS SOCIALES BÁSICOS

Los servicios sociales básicos continuaron con su actividad laboral, pero se pasó de la presencialidad al teletrabajo y se implementó la intervención telefónica y virtual:

> Se hizo un protocolo para que protección civil, centro de salud y nosotros, pudiéramos atender, aunque sea telefónicamente, para dar respuesta a lo que están demandando las familias. (Blanca, trabajadora social de servicios sociales básicos, C151)

Se suspendieron las visitas domiciliarias de valoración y seguimiento: "aquello fue una cuestión para mí muy inadecuada. Porque tuvimos que compartir con Cruz Roja, con otras organizaciones que se ponían sus EPI, y hacían de ojos de los profesionales de servicios sociales" (Blanca, trabajadora social, servicios sociales básicos, C151) y se cerraron las puertas de atención al público. Inma, trabajadora social de servicios sociales básicos, explica:

> No podemos tener citas. Antes teníamos nuestras citas presenciales aquí en los despachos. Ahora ya nada, y muchas familias, yo las llamo y me dicen: ´menos mal que has llamado, he intentado contactar contigo´. Los teléfonos colapsados, hay dos personas dedicadas solo y exclusivamente a coger el teléfono y a pasarnos las llamadas. (Inma, trabajadora social de servicios sociales básicos, C061)

Tal como afirma Luz, trabajadora social de servicios sociales básicos, la nueva modalidad de trabajo ha tenido efectos significativos en las intervenciones sociales y en las condiciones de las trabajadoras sociales: "no hemos cerrado la persiana, hemos estado trabajando fines de semana, sin horario, hemos estado a disposición de las propias entidades locales, de los beneficiarios, de los propios ciudadanos (C052).

3.3.1.2. CENTROS DE DÍA

En el caso de los centros de día, en general, las comunidades autónomas establecieron el cierre de los centros y la suspensión del desarrollo de actividades presenciales, incluso antes de que se decretara el estado de alarma. Esta medida de prevención se tomó siguiendo las recomendaciones del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Paulina, coordinadora de centro de día público, comenta:

> Hablé con las directoras de las residencias, las dos residencias, con mis superiores, con nuestro consejero de Servicios Sociales y con la presidenta de nuestra comarca, y ya decidimos cerrarlo en previsión de lo que podía pasar. Y esa tarde ya se decretó el estado de alarma. (Paulina, C093)

No obstante, al ser considerados servicios esenciales, las Administraciones correspondientes indicaron reconvertir sus actividades y mantener a la plantilla de trabajadores, evitando el establecimiento de ERTE:

> Nosotros fuimos declarados servicios esenciales [y] no pudimos pasar a la plantilla a los famosos ERTE (…). Se mantuvo la plantilla contratada durante todo el tiempo y la Administración nos pidió que intentásemos reconvertir lo que es la atención presencial, que

> se hace en los centros de día, en una atención casi semipresencial, pero en domicilio. (Venancio, gerente de centro de día privado, C092)

El equipo de estos centros se dedicó a realizar la atención domiciliaria de las personas usuarias para el seguimiento proactivo de los casos de mayor vulnerabilidad, ya sea de manera presencial o telefónica, compensando así el cierre. Se realizaron tareas y actividades de apoyo diario a la actividad de estas personas en su domicilio o entorno, o bien se reubicó el personal en residencias. Esta reubicación del personal fue más fácil cuando se trataba de centros de día de gestión pública o si también gestionaban residencias de mayores o SAD. Es la situación de Patricio (C047), gerente de centro de día privado y gestor de SAD: "nosotros tuvimos carta blanca para poder ir a domicilios, y nos ofrecimos para poder ir a domicilios".

Para afrontar los costes derivados del cierre de los centros, hubo comunidades autónomas y municipios que establecieron medidas económicas. Por ejemplo, en el caso de Andalucía se ofreció asumir un porcentaje de las plazas concertadas vacías, para evitar suspensiones de contratos:

> La Junta nos ha respaldado en el cierre del centro, cada vez que se cierra el centro, sea porque haya un contagio o porque el BOE o el BOJA declara el cierre; ellos nos subvencionan el 80% de las plazas concertadas que teníamos ocupadas en una foto que había en febrero. Pero para eso, tenías que mantener y no llevar al ERTE, a la ratio de personas, correspondiente a esas plazas concertadas. (Silvia, directora de centro de día y noche privado, C191)

A inicios de mayo se publicó una orden estatal[25] que permitía la apertura de todos los centros recogidos en el Catálogo de Referencia de Servicios Sociales a la dependencia, entre ellos los centros de día para personas con discapacidad y/o en situación de dependencia, con el fin de poder llevar a cabo una atención presencial. De todas formas, en el art. 17 se especifica que "cuando sea posible, se priorizará la prestación de servicios por vía telemática, reservando la atención presencial a aquellos casos en que resulta imprescindible". Las distintas comunidades autónomas regularon la reapertura, pero la gestión y organización ha sido muy compleja a tenor de las múltiples aperturas y cierres que han sufrido estos dispositivos de atención. En el caso de Cataluña[26], por ejemplo, desde las organizaciones de la patronal se presionaba a la Generalitat para reabrir los centros, justificando esta petición con el argumento de los derechos de las personas usuarias a recibir una atención reconocida por la Ley de Dependencia. Ante ello se exigió a cada centro la elaboración de un plan de reapertura de las plazas públicas, aunque las indicaciones no eran claras. Los centros elaboraron estos planes, pero la reapertura se retrasaba, a diferencia de lo que sucedía con los centros que dependían de Salut (hospitales de día, por ejemplo). Tampoco se indicaban los criterios para priorizar la incorporación de las personas usuarias a las plazas concertadas. En un centro de día gestionado por una entidad privada decidieron utilizar como criterio la gravedad de la situación de la persona usuaria en su domicilio, los problemas de conducta y la disponibilidad de familiares para cuidarla. Se estableció que quienes no volvieran al centro antes del 1 de noviembre perdían la plaza. Esto se avisó a las familias por parte de la Administración unos días antes de esta fecha. Durante este tiempo el centro cobraba por la reserva de la plaza.

Además de estas indefiniciones, los centros debían incorporar y garantizar las medidas de prevención e higiene establecidas por las autoridades sanitarias. En particular, han sufrido más restricciones aquellos centros de día que compartían instalaciones con residencias de mayores, porque la situación obligaba a monitorear, prevenir y controlar posibles brotes en las

[25] Orden SND/399/2020, de 9 de mayo, para la flexibilización de determinadas restricciones de ámbito nacional, establecidas tras la declaración del estado de alarma en aplicación de la fase 1 del *Plan para la transición hacia una nueva normalidad*.

[26] Esta información fue comunicada a una de las autoras del informe por parte de una trabajadora social de una fundación privada que gestiona un centro de día con plazas concertadas en Cataluña.

residencias, situación que ha impactado en la apertura de los centros de día. De hecho, la gestión y organización ha sido muy compleja a tenor de las múltiples aperturas y cierres que han sufrido estos dispositivos de atención. Paulina (C093), coordinadora de un centro de día público en Aragón, comenta que después de haber reanudado sus actividades, 15 días después tuvieron que cerrar "porque en la normativa ponía que los servicios de estancias diurnas, ubicados dentro de las residencias se tenían que cerrar".

Por otro lado, la apertura de los centros de día ha supuesto algunas reformas de las instalaciones y compra de materiales de higiene y protección. Paulina (C093), coordinadora de un centro de día público, explica que "para la zona de aislamiento se hizo una pequeña obra, una ventana para que hubiera más ventilación". Esas inversiones económicas, significaron gastos imprevistos que las entidades han tenido que afrontar.

Fueron varias las medidas que estableció cada Gobierno autonómico para hacer frente a la sostenibilidad económica de los centros. Por ejemplo, en la comunidad autónoma de Murcia se establecieron subvenciones a las entidades gestoras de centros de día para apoyar en los gastos que tuvieron que enfrentar por la pandemia. En el caso de Andalucía, en cambio, la solución de algunas entidades ha sido la solicitud de préstamo al Instituto de Crédito Oficial y el consiguiente endeudamiento de la entidad:

> Con el tema del material, nos hemos visto muy agobiados. El precio era excesivo, cuando abrimos en junio, igual me gasté 1.500 euros en pantallas de metacrilato para las mesas, son malísimas, se parten. Una calidad pésima, y sigue habiendo muchos abusos en ese sentido. Además, piensa que tuve que hacer una inversión de 1.500 euros en pantallitas de estas, en mamparas, sin tener ningún ingreso. Porque el centro ha estado tres meses cerrado y la Junta me daba el 80% de 27 plazas concertadas. De las 70 que tenía, manteniendo el personal en plantilla para esas plazas. O sea que todo es a base de la balsa que te he hablado, de lo que aguante mi balsa. (Silvia, directora de centro de día y noche privado, C191)

3.3.1.3. SERVICIOS DE AYUDA A DOMICILIO

Con respecto al SAD, el MINISTERIO DE DERECHOS SOCIALES Y AGENDA 2030 (2020) publicó unas recomendaciones de actuación que las comunidades autónomas adaptaron. Aunque, según las personas entrevistadas, fueron insuficientes. Ester Quintana (C012*), del Instituto Municipal de Servicios Sociales de Barcelona denuncia que hubo "una descoordinación brutal entre las Administraciones, por otro lado, una falta de precisión, de previsión, de desconocimiento, de instrucciones". En este sentido, hemos identificado que las medidas que se han adoptado para organizar este servicio han variado en cada municipio, con distintos niveles de colaboración entre la Administración local y la entidad prestadora del servicio (en el caso de gestión mixta o externalizada). Al respecto, gestores de SAD y responsables de servicios sociales señalan que por un lado: "la clave del éxito fue la coordinación con las empresas" (Ester Quintana, C012*), y por otro: "la confianza y la transparencia con los ayuntamientos ha sido la clave para gestionar la crisis" (Mariona, gestora de SAD, C239*).

El confinamiento domiciliario complicó la atención a las personas dependientes debido al cierre de los centros de día o por la dificultad para que sus cuidadoras habituales pudieran atenderles. Frente a esas situaciones, en algunos municipios se pusieron en marcha medidas de refuerzo por parte de las Administraciones locales: ampliación de los servicios de teleasistencia, acceso extraordinario al SAD de personas de los centros de día, seguimiento telefónico y reparto a domicilio de alimentación. En ese marco, se intensificó el SAD que ya se venía prestando con habitualidad, ampliándolo para acoger nuevas personas beneficiarias.

Otra de las estrategias que adoptaron las Administraciones fue decretar servicios mínimos para el SAD, a pesar de considerarse un servicio esencial a finales de marzo. Se trata de una

estrategia sanitaria y de prevención de riesgo para trabajadoras y personas usuarias. Si bien es cierto que la medida fue defendida por parte de los gestores, no todas las Administraciones la aplicaron. Lidia (C025*), gerente del servicio de una empresa, explica que algunos ayuntamientos no acataron la medida, y que la decisión estaba afectando a los usuarios: "con un SAD sin servicios mínimos, estábamos desparramando el virus de casa en casa. Y esto lo decíamos a servicios sociales de los ayuntamientos y nos decían 'es lo que hay. Necesitamos el servicio, y, es más, no solo este servicio, sino que necesitamos ampliar'".

En los municipios donde no se declararon servicios mínimos, la mayoría de las suspensiones fueron a petición de la persona usuaria o sus familiares, principalmente porque tenían miedo o podían ser asumidos por parte de la red familiar (véase Capítulo 2). En otros casos fueron las entidades que, con la autorización y coordinación de servicios sociales municipales, suspendieron aquellos servicios prescindibles. El hecho de delegar a las empresas la selección de casos a suspender se consideró más operativo y fue la opción adoptada por muchos ayuntamientos: "fueron las empresas quienes debían tomar estas decisiones porque son ellas las que hacen el 60% del seguimiento de los casos (…) era más operativo y más rápido delegar en las empresas y que ellas decidieran" (Ester Quintana, Instituto Municipal de Servicios Sociales de Barcelona, C012*). En el caso de la asistencia personal, la entidad gestora del servicio, propuso a las personas usuarias que quienes quisieran, por precaución y para evitar contactos, podían prescindir del servicio o reducir las horas de atención. Esto supuso delegar en ellas la responsabilidad de decidir sobre su propia atención. Según Eulàlia (gestora del servicio de asistencia personal, C004*): "algunos usuarios por miedo y/o precaución prescindieron del servicio, al poder contar con personas de su entorno familiar que les ayudaron durante ese período". Esto a su vez, ha significado una mayor implicación de las familias en los cuidados.

La presencia de una red familiar ha sido fundamental en el proceso de selección de casos, aunque también se siguieron otros criterios como tener un grado bajo de dependencia, poder prescindir de las actividades de cuidado (sobre todo la limpieza del hogar) y, en menor medida, el nivel de renta. Víctor (C174), director de servicios sociales básicos en Andalucía, señala que contar con los apoyos familiares resultaba decisivo: "lo primero es existencia o no de apoyo familiar, porque si existe apoyo familiar siempre existen más posibilidades… Así lo hemos ido viendo caso a caso en función de los indicadores". En todo caso, ha habido una constante preocupación por asegurar que ninguna persona dependiente estuviera sola y se cubrieran sus necesidades principales:

> En mi caso, ya te digo, todos los usuarios, en teoría estudiaron caso por caso, vieron que se podía hacer cargo alguien de ellos o tenían parejas, matrimonios, etc., o tenían internas, porque también hay personas que están internas con ellos para ayudarles. Entonces en mi caso, a mí se me llamó a las 9 de la noche y me dijeron 'mañana no vayas a trabajar hasta nueva orden'. (Bárbara, auxiliar de ayuda a domicilio, C090)

Las dinámicas que hemos identificado en la gestión del SAD han sido distintas en las localidades estudiadas, en función de la política de cada Administración y del entorno rural o urbano. Por ejemplo, Ester Quintana (C012*), del Instituto Municipal Servicios Sociales de Barcelona, nos ofrece una cifra muy llamativa: "en el momento álgido hubo un 56% de suspensión temporal acordada con la familia o entorno familiar". También, Joaquín Santos, gerente del Instituto Aragonés de Servicios Sociales, señala las diferencias entre ámbito rural y urbano:

> Me parece que de los números que hay es que en el ámbito ciudadano de Zaragoza se siguieron prestando solo el 30% de las horas [de SAD], o sea que hay un 70% de renuncias y no se sustituyeron especialmente por algo, aunque sí que yo creo que básicamente las

> necesidades de la población se atendieron. Mientras que en el ámbito rural la proporción se invertía, era al revés, solo descendió un 30%. (Joaquín Santos, C134)

La suspensión de casos de SAD tuvo efectos negativos en la facturación de los servicios. Ante esta situación, las respuestas de las Administraciones han sido también variadas, por ejemplo, en Cataluña, la Generalitat publicó una resolución que incluía el pago de los servicios no realizados, pero teniendo en cuenta que el SAD está cofinanciado por los ayuntamientos y que el decreto estuvo vinculado al estado de alarma, los gestores, en verano, aún no tenían claro cómo se resolvería la situación. No fue fácil que los ayuntamientos encontraran la forma legal para la suspensión parcial del contrato. Pedro (C010*), gestor de SAD, lo dice abiertamente: "hemos sido el gran olvidado". En otros casos, hubo ayuntamientos que asumieron los servicios que se dejaron de prestar, incluso, sin haber decretado servicios mínimos.

En otros escenarios, las medidas legales establecidas permitieron que los ayuntamientos flexibilizaran los criterios de concesión del servicio, y así atender esas demandas, incluso fuera de presupuesto y de las valoraciones previas. Por ejemplo, desde el Ayuntamiento de Zaragoza, independientemente de que hubiera bajas o no, se habló con las empresas y se dio el servicio:

> Una persona necesitaba un apoyo entonces y se le daba un servicio de ayuda a domicilio hasta que acabara el confinamiento y para eso no tenía que haber baja. El ayuntamiento dio el servicio sí o sí; habló con las empresas y dijo que las personas se dieran de alta fuera de presupuesto. (Amalia, trabajadora social de servicios sociales básicos, C091)

Esta decisión se ha valorado positivamente porque se percibe la voluntad política de responder a las necesidades más urgentes que estaba viviendo la población. Es importante señalar, además, que las entidades gestoras se preocuparon por la financiación del servicio, independientemente que se realizara o no, para no dejar sin cobertura económica a las y los trabajadores. Y en palabras de Eulàlia (C004*): "las personas trabajadoras que debieran estar en su casa porque la persona usuaria suspendía el servicio o reducía el servicio, seguirían teniendo las mismas condiciones laborales, es decir, seguirían cobrando. Finalmente hemos tenido una respuesta positiva. Han respetado la financiación". Sin embargo, los asistentes personales señalan su preocupación por las dificultades económicas ocasionadas por la reducción de horas de atención y de los salarios, como veremos más adelante.

Viñeta 3.1. Víctor, director del Centro de Servicios Sociales Básicos: "Hemos tenido un nivel de prestación muy alto de ayuda a domicilio"

Víctor (C174) es director de un centro de servicios sociales comunitarios de un municipio de más de 20.000 habitantes de la periferia de Granada. Destaca su amplio conocimiento de los servicios sociales y su implicación en el programa de ayuda a domicilio, en donde ha sido coordinador y participó en el diseño del programa inicial.

De este caso cabe destacar la gestión mixta de la ayuda a domicilio y la apuesta por seguir adelante con el servicio a pesar de la entrada en vigor de los servicios mínimos. De la gestión mixta comenta: "tenemos en la plantilla trece profesionales que son como funcionarios del ayuntamiento y esos prestan X horas, y el resto de horas lo presta la empresa". El servicio de ayuda a domicilio es "el servicio estrella" y por ello, en vez de reducirlo, apostaron por más medidas de protección y más recomendaciones: "solo un 25% aproximado ha visto reducido su horario de atención (…) siempre se ha suspendido por decisión familiar, nunca lo hemos suspendido nosotros". Esta reducción de horas de servicio se refiere principalmente a usuarios con nivel II de dependencia, cuyas necesidades de cuidado han sido asumidas en parte por la familia.

Respecto al funcionamiento de los servicios sociales, la pandemia ha supuesto "unos cambios fundamentales en nuestra metodología". La apuesta por el teletrabajo y la atención telefónica ha tenido para Víctor una doble lectura, y varios hándicaps. Por un lado, ha habido dificultades de entendimiento, de comunicación, de pérdida del contacto directo con la persona usuaria, ya que muchas veces conectan directamente con las familias; pero, por otro lado, la no presencialidad ha tenido beneficios: conforme iban transitando de un modelo de gestión de puerta cerrada a otro de vuelta a la normalidad se han ido manteniendo algunas de las medidas que se pusieron en marcha durante la pandemia, como por ejemplo, la cita previa y el contacto previo telefónico "para ver qué es lo que quiere la persona, más que, que venga directamente". No obstante, destaca que, mientras desde los servicios comunitarios han optado por el teletrabajo, había personal que se exponía y estaba en primera línea durante la pandemia "nosotros hemos trabajado a puerta cerrada, hemos estado en contacto por teléfono, pero nuestros pies y nuestras manos eran protección civil y la ayuda a domicilio".

3.3.2. IMPACTO EN LA ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE LOS SERVICIOS

A partir de los testimonios recogidos en el ámbito de los servicios sociales básicos, hemos identificado tres cuestiones, que han incidido en su funcionamiento. En primer lugar, se valora positivamente la implementación de la cita previa, que no pone en cuestión la calidad del servicio y se percibe como una ganancia para la proyección hacia la comunidad de los servicios sociales básicos:

> Lo que sí cambió es una cosa, y es que ya éramos más estrictos con la cita previa. No atendíamos a salto de mata, atendíamos en algunos casos, pero ya cada vez menos. Si ha habido cambios fundamentales en nuestra metodología, es la cita previa, y también algunas veces contacto previo telefónico. (…) Con el teléfono, lo mismo, se reduce el número de entrevistas y se acortan dando la misma calidad de atención. (Víctor, director de servicios sociales básicos, C174)

En segundo lugar, se señala la importancia de la coordinación, tanto profesional como institucional (Administración, entidades sociales, empresas, redes vecinales, etc.) y entre los diversos ámbitos (servicios sociales, servicios sanitarios, etc.). Se insiste en que se pudo abordar la complejidad y la urgencia de las situaciones gracias a la flexibilidad, creatividad y compromiso de las personas y profesionales, tanto en la intervención como en la aplicación de protocolos. En concreto, el aumento de ayudas de urgencia supuso el establecimiento de nuevas formas de coordinación con las entidades, por ejemplo, comedores sociales y empresas de reparto de comida a domicilio. Así lo relata Blanca (C151), trabajadora social de servicios sociales básicos en Andalucía: "nos centramos todo ese tiempo en la tramitación de emergencias sociales, de coordinación con los centros, con los supermercados, luego también con Cruz Roja, con la parte que pusieron ellos de reparto de alimentación, con el ayuntamiento". Un ayuntamiento, para agilizar la respuesta, organizó de forma conjunta con la entidad gestora de SAD, teleasistencia y catering, un sistema de ficha que permitía dar

respuesta de forma rápida, de la mañana a la noche. Arturo (C293*), coordinador de servicios sociales básicos en Cataluña, lo expresa así: "implicó coordinación con las empresas [son tres] y los equipos básicos. Respondieron muy bien".

En tercer lugar, hemos identificado que el cambio de modelo de intervención y el paso a la virtualidad y al contacto telefónico, han comportado un cambio en la relación profesional con las personas usuarias de los servicios, en concreto con las personas mayores. Estas dejan de ser las interlocutoras, por su dificultad de utilizar las tecnologías digitales, por lo que son sus hijos e hijas, o sus parientes más cercanos, quienes acaban siendo los interlocutores:

> Tú, para hablar con una persona dependiente, nunca hablas con ella o la mayoría de las veces, te pasan a los hijos: 'es que no me entero', 'es que no te oigo, espérate bonica, te voy a pasar a mi hija porque es que no me entero de nada'. Se ponen muy nerviosos y te pasan con los hijos, ya no estás conociendo a la persona dependiente. (Inma, trabajadora social de servicios sociales básicos, C061)

Los expedientes se gestionaron mediante firmas digitales, por ejemplo, los Programas Individuales de Atención. Pero como la mayoría de las personas mayores ni sus familias tenían los medios, también optaron por no firmarlo y agilizar los trámites: "Ahora lo hacemos sin firmar, lo escaneamos y lo enviamos" (Ester Quintana, Instituto Municipal de Servicios Sociales de Barcelona, C012*).

Durante el período que los centros de día estuvieron cerrados, han estado con menos actividad, porque su propia naturaleza de asistencia no domiciliaria y de convivencia social les ha condicionado mucho sus dinámicas. El seguimiento de la situación de las personas a través de llamadas telefónicas, se implementó como medida de urgencia para no dejar solos a los mayores y poder controlar la situación en la que se encontraban. Amalia (C091), trabajadora social de servicios sociales básicos, comenta el trabajo que se estuvo realizando con todo el personal de los centros de día: "las personas, los conserjes y todos los trabajadores estuvieron llamando una vez por semana a todas las personas que tenían el carné de jubilado y que iban a sus centros, para saber cómo iban, si necesitaban algo". Además de lo señalado, hubo también casos en los que las trabajadoras asumieron otras tareas con la finalidad de responder a esas necesidades identificadas. Lo señala Paquita Morata (C291), gerente de la Asociación Aragonesa para la Dependencia: "los estaban llamando para controlarles las medicaciones, les llevaban comida a domicilio, ¡yo que sé lo que han llegado a hacer!".

A partir de la apertura de los centros de día, uno de los principales cambios que se han observado ha sido la adaptación de las actividades, manteniendo los protocolos de distancia física; en concreto se han eliminado los espacios comunes y las actividades de convivencia.

Los principales cambios en la organización del trabajo en el SAD, han sido los derivados de las suspensiones de los servicios y de la reducción de horas de atención en los domicilios. En general se priorizaron las actividades de atención directa, pero por un tiempo imprescindible. Por ello, en algunos servicios hubo una reducción de las horas de atención para cada persona usuaria. Por ejemplo, se pasa de 2 horas a 1 hora, o de 1 hora y media a 40 minuto, y se anulan la mayoría de los servicios de limpieza. Esto último ha supuesto para las personas usuarias muchas dificultades, porque al ser dependientes, no podían encargarse de esas labores. Blanca, trabajadora social de servicios sociales básicos, nos muestra su desacuerdo con esta medida:

> El problema de dependencia es que se suspendió casi todo el servicio, dentro de la normativa las directrices fueron dejar solo los servicios imprescindibles y cuando hablamos de imprescindibles, pues eran grado III, que tiene la declaración de dependencia y solo se dejaron las atenciones personales. Todo lo que era limpieza doméstica, todo lo que no fuera el propio aseo, la propia alimentación de la persona se suspendió. (Blanca, C151)

Estos cambios en los servicios comportaron un reajuste en las jornadas laborales de las trabajadoras. Para evitar que la trabajadora circulara por la calle, se concentraron los servicios en una misma zona geográfica, y en una misma franja horaria, aunque esto significara un cambio de profesional en el domicilio. Además, se establecieron turnos de trabajo para repartir el trabajo entre las auxiliares, y no sobrecargar a las trabajadoras:

> Para que no cayera todo el peso siempre en la misma auxiliar, cada 15 días hacían rotaciones. Cada 15 días se hacía una rotación de auxiliares, se sacaba un listado, porque ahí variaba mucho. (Bárbara, auxiliar de ayuda a domicilio, C090)

> En el servicio de ayuda a domicilio lo que hicieron desde el Ayuntamiento de Zaragoza pues fue turnar a las auxiliares para que trabajaran, luego la gente que quiso tener el servicio se le prestó servicio. (Amalia, trabajadora social de servicios sociales básicos, C091)

Estos cambios, aunque se valoran positivamente, solamente han estado vigentes durante el inicio del estado de alarma. Como hemos indicado antes, al principio sí que hubo una reducción de casos para atender, debido a las suspensiones de los servicios por miedo a contagios (por parte de las personas usuarias) y por prevención (por parte de las entidades), pero después estas medidas fueron insostenibles y paulatinamente las personas usuarias se fueron incorporando.

Por último, señalamos que las transformaciones que se han vivido en los centros de día, los SAD y la asistencia personal, también han tenido un efecto en la configuración de la red de cuidados, registrando una mayor implicación de las familias en estas labores. Esto significa un cambio en aquello que denominamos mosaico de cuidado, entendido como: "el conjunto de apoyos y de servicios que se utilizan para cuidar a personas ancianas" (SORONELLAS, *et al.*, en prensa). Así, la disponibilidad de las familias para estar en casa con la persona dependiente, ya sea por el teletrabajo o la pérdida de los empleos, ha significado que pudieran hacerse cargo del familiar: "pues mira, ya vendremos nosotros, porque a mi madre es que le da miedo que venga la auxiliar" (María Jesús Sereno, coordinadora del sector de atención domiciliaria, CCOO de Cataluña, C148). Esta decisión fue asumible en un inicio, pero la continuidad en el tiempo de estos arreglos ha significado un gran esfuerzo y sobrecarga para muchas familias. Así lo explica Adela (C183*), trabajadora social de servicios sociales básicos: "muchas personas están al borde de la claudicación, llevan un recorrido muy largo de cuidado y no pueden más, con la covid-19 ya eso se ha triplicado en velocidad". De hecho, la reincorporación de las personas usuarias a los servicios de asistencia domiciliaria podría explicarse por el cansancio y agotamiento de los familiares: "había familias que se quemaban de cuidar en casa. O llamaban y era, o te llevas a mi padre o me tiraré yo por la ventana" (Patsi, coordinador de servicios sociales, C143*) (véase Capítulo 2).

En el contexto rural destacamos el papel fundamental del vecindario en la provisión de los cuidados. Los vecinos se convirtieron en supervisores de las situaciones de necesidad, prestando apoyo y también solicitando cuidado profesionalizado cuando fue necesario. La Viñeta 3.2. muestra un ejemplo de ello.

Viñeta, 3.2. Luz, trabajadora social de servicios sociales en el medio rural: "Esa proximidad y ese nivel de apoyo es tan fundamental para las personas dependientes (…), esto en los medios rurales se palpa"

Luz (C052) es, desde hace trece años, trabajadora social de un centro de servicios sociales comunitarios situado en el medio rural almeriense. Su centro atiende a 17 municipios, todos ellos de menos de 20.000 habitantes, que comparten algunas características: perfil de población mayor y territorios en riesgo de despoblación. Sobre el medio rural comenta que este tiene ventajas, pero también inconvenientes. Entre las ventajas destaca el papel de las redes de apoyo y proximidad, concretamente el papel de los vecinos y vecinas y las auxiliares de ayuda a domicilio. Las vecinas han sido cuidadoras de otros vecinos, han iniciado el trámite para otros vecinos para acceder a las prestaciones de la Ley de Dependencia; incluso han participado en las valoraciones durante la pandemia, ya que estas han sido telemáticas. Tan importante es esta red que la ausencia durante los meses de confinamiento ha repercutido en bastantes altas urgentes del servicio de ayuda a domicilio, nos comenta. Las auxiliares también han jugado un papel relevante, ya que conjugan el papel de trabajadoras y vecinas, haciendo algunas tareas para sus vecinos y vecinas fuera de horario laboral, incluso a personas que no tenían dadas de alta el servicio de ayuda a domicilio: "había personas (auxiliares) que iban a tirarles la basura por la noche a los usuarios, fuera de su horario". Dentro de las desventajas destaca la escasez de recursos públicos y el aislamiento: "muchos cortijos donde el acceso es complicado (…) donde no hay cobertura, donde la red de vecinos no existe".

En cuanto a las prestaciones y servicios en el ámbito rural, destaca la ayuda a domicilio como servicio estrella y también la importancia de los cuidados familiares, de hecho, comenta que las ayudas económicas son las más demandadas.

3.4. "NOSOTRAS SOMOS EL FINAL DE LA CADENA". IMPACTO DE LA COVID EN LAS ACTIVIDADES DE CUIDADOS Y EN LAS CONDICIONES LABORALES DE LAS TRABAJADORAS

El sector de los cuidados se caracteriza por su precariedad laboral, una realidad que se ha visto agravada en el contexto de la pandemia. Las medidas de actuación para evitar los contagios en los servicios han tenido efectos directos en las condiciones laborales de las trabajadoras. La suspensión o reorganización de los servicios, el aumento de bajas médicas de las trabajadoras ha significado una sobrecarga de trabajo, derivada de las dificultades de reclutamiento o bien una reducción de los salarios, derivado de las bajas laborales así como de las suspensiones o reducción de los servicios. Todo ello, también ha impactado en las actividades de cuidado, reformulando las dimensiones del mismo. En este apartado desarrollamos estas cuestiones, para reflexionar sobre el esfuerzo que ha supuesto para los servicios analizados enfrentar la emergencia sociosanitaria de la covid.

3.4.1. CAMBIOS EN LAS CONDICIONES LABORALES Y REPERCUSIONES DE LAS BAJAS MÉDICAS

Uno de los cambios que ha provocado la pandemia en los servicios sociales básicos ha sido la reorganización en la forma de trabajar y el aumento de las tareas a realizar. Tal como ha sido señalado (CALZADA *et al.*, 2020), en nuestras entrevistas hemos encontrado que las trabajadoras sociales tuvieron que asumir un importante aumento del trabajo, adaptarse a los cambios de gestión y reinventarse en poco tiempo. Los testimonios al respecto de esta situación son abundantes, insisten en el esfuerzo que ha significado para el sector: "el personal de servicios sociales lo ha dado todo para poder realizar su trabajo" (María Jesús Costa, responsable del Instituto Municipal Servicios Sociales de Tarragona, C120*). En el mismo sentido, Inma, trabajadora social de servicios sociales y responsable de dependencia, reconoce el incremento de su trabajo, al mismo tiempo que afirma que tiene la sensación de no haber hecho lo suficiente:

> Me consta que las funcionarias nos hemos hinchado a trabajar, todos los centros de servicios sociales nos hemos hinchado a trabajar y muchísimas más horas de las que tenemos

> estipuladas, y me imagino y quiero creer que el resto de las Administraciones igual, pero quiero creer que igual, sin embargo, no hemos llegado, para nada. (Inma, C061)

Esta situación de emergencia y el incremento de demandas de urgencia han exigido que los profesionales dediquen más tiempo del habitual. En los momentos de mayor urgencia no se han respetado los horarios y se han desdibujando los límites entre la vida profesional y personal. En consecuencia, declaran haber realizado jornadas de trabajo largas, incluso haber trabajado los fines de semana o días festivos. Así lo expresa Arturo (C293*), coordinador de servicios sociales básicos: "había un momento que no sabías si era sábado, si era domingo, si era festivo, si era laborable y estabas hablando con todo el mundo", o María Teresa (C155), directora de servicios sociales básicos: "Cuando estábamos confinados y estábamos en la casa, al final estabas trabajando mañana y tarde, aunque tú fichabas. Aunque tú fichabas, te quedabas con los problemas, te llamaban, seguías haciendo". Además, tuvieron que realizar tareas más allá de sus funciones: "aquí hacemos todos de todo", señala Patsi (C143*), coordinador de servicios sociales.

En los centros de día y en el SAD, se han registrado diferentes situaciones en cuanto a las condiciones laborales de las trabajadoras. En algunos casos se han mantenido las horas de contrato y los salarios, a pesar de la reducción de servicios. En algunos SAD, independientemente de su gestión, la Administración local asumió los costes. Bárbara, auxiliar de ayuda a domicilio, reflexiona sobre este asunto:

> Estoy trabajando para una adjudicación del ayuntamiento. Y yo sin embargo siempre he cobrado en todo momento el cien por cien de mi nómina ¿por qué? Porque se ha hecho cargo el ayuntamiento. (...) Estuve, bueno estuvimos [en casa, sin trabajar] todas las compañeras 3 meses, la que más estuvo, y esos tres meses cobró el cien por cien de su nómina. (Bárbara, C090)

Angélica Mazo, secretaria del Sector Servicios a la Comunidad y Sector Servicios Sociales de la Federación de Servicios Públicos de la Unión General de Trabajadores de Aragón valora positivamente que los ayuntamientos de Zaragoza y Huesca, donde el SAD está externalizado, mantuvieran la plantilla completa:

> El servicio a domicilio en Zaragoza y en Huesca ha funcionado yo creo que bastante bien. Los dos ayuntamientos siguieron pagando como si estuvieran trabajando con normalidad y sin la bajada de los usuarios, para que no afectase a las trabajadoras. Y la verdad es que hay que reconocer que se han portado bien porque ha sido una aportación importante de los ayuntamientos para evitar que se hicieran ERTE. Eso durante todo el estado de alarma. (Angélica Mazo, C109)

También en los centros de día se mantuvo esta política, por ello, como se ha comentado en el apartado anterior, se reubicó al personal en otros servicios como SAD, residencias o para la realización de tareas de limpieza en instalaciones de los gobiernos locales:

> Pues estuvieron 3 o 4 días, no 2 o 3 días que hubo una incertidumbre de qué iba a pasar con ellos [trabajadores del centro de día]. Entonces la comarca enseguida mostró que ellos no querían hacer un ERTE, como estaba haciendo todo el mundo, querían mantener a los trabajadores y a su jornada y entonces ya se pensó reubicarlos en otro puesto de trabajo. Las auxiliares fueron ubicadas al servicio de ayuda a domicilio, fueron ubicadas también aquí en la sede comarcal, realizando tareas de limpieza; y el conductor fue reubicado realizando apoyos al centro de salud para trasladar al equipo médico a las localidades. (Paulina, coordinadora de centro de día público, C093)

En otros casos, el contrato de las trabajadoras del SAD que tenían menos horas se mantuvo e incluso se amplió para sustituir a sus compañeras que estaban de baja médica, como veremos más adelante.

Viñeta 3.3. Bárbara, auxiliar de ayuda a domicilio: "Las auxiliares, estamos en primera línea, somos las que hacemos el trabajo"

Bárbara (C090) es trabajadora del SAD en Zaragoza. Trabaja en el servicio desde hace cuatro años. En ese tiempo ha trabajado para tres empresas, que son las que ganaron la adjudicación del Ayuntamiento de Zaragoza.

Decidió formarse como auxiliar sociosanitaria, después de ser la cuidadora de su madre, enferma de alzhéimer. Hizo la formación en una fundación y encontró trabajo muy rápidamente. En los últimos años se ha centrado en atender a población mayor con problemas mentales y físicos. Ella dice que no es una elección, pero no le molesta.

Tiene un contrato a tiempo completo que en su área equivale a 33 horas semanales y el promedio del salario es de 860 euros. Cuando empezó a trabajar estuvo seis meses de prueba, sustituyendo las bajas del personal permanente, esto significaba tener un salario muy variable, en función de las necesidades a cubrir. Después de ese período, pasó a formar parte de la plantilla.

Durante la pandemia, el SAD se interrumpió, porque los usuarios se fueron dando de baja, por su propia seguridad. Desde la empresa le avisaron que no debía presentarse en los hogares y luego le confirmaron que no la pondrían en ERTE. Mantuvo su salario completo, porque su nómina corre a cargo del ayuntamiento.

La experiencia del trabajo en tiempo de la covid es muy positiva. Señala que la primera indicación fue dejar de asistir a las casas, y solo recibían atención aquellos usuarios con grados de dependencia elevados y sin familia. Ella permaneció en su casa un mes y medio, y se reanudó el trabajo conforme los usuarios se iban incorporando y hasta septiembre no recuperó la totalidad de los que tenía a jornada completa.

Desde el primer momento recibió indicaciones sobre todas las medidas de seguridad, el protocolo a seguir con las personas usuarias y el material necesario. Indica que siempre se ha sentido segura y muy cuidada por parte de la empresa quién le ha dado material de seguridad constantemente y en los casos en los que ha necesitado la intervención de la empresa con las familias se ha hecho. Cuando ha tenido dificultades para mantener esa medida, la empresa le ha apoyado hablando directamente con los involucrados.

Le gusta el trabajo que realiza, aunque reconoce la precariedad salarial. Se ha enterado que el ayuntamiento paga casi 18 euros brutos por la hora de SAD y ella recibe un promedio de 6,50 neto la hora. Entiende que la empresa debe quedarse con algo por gestionar todo el servicio, pero insiste en señalar que es injusto que las personas que están en los hogares realizando todo el trabajo de cuidado, reciban menos de la mitad.

Sin embargo, esta situación no ha sido así para todas las personas. Algunos centros de día optaron por la suspensión de contratos de sus empleados. Tal como lo comenta Patricio (C047), gerente del centro de día privado y gestor de SAD: "cuando ocurrió el primer cierre del centro de día, lo que nosotros hicimos en la fundación, fue, pues, una suspensión de contratos, un ERTE". En el caso del SAD, el mantenimiento de los puestos de trabajo también ha dependido del tipo de contrato de las trabajadoras. Para las personas con contratos temporales y de corta duración, la cobertura laboral ha sido verdaderamente precaria. Candela (C006), trabajadora familiar, comenta que tuvo síntomas de covid y, sin haber hecho el test, el médico le dio la baja. Como tenía un contrato temporal, cuando terminó la baja, no pudo reincorporarse: "yo tenía un contrato de suplencias, entonces, dio la casualidad de que en ese momento se incorporaba otra chica y entonces yo estuve en el paro". Lo mismo le ha pasado a Lisa, auxiliar de ayuda a domicilio, quien no tuvo ningún tipo de protección (laboral y médica) cuando se enfermó de covid y eso repercutió a su vez en dificultades para volver a trabajar:

> Cuando me enfermé de covid no me hicieron pruebas ni nada. Estuve en casa tres meses, tampoco iba a trabajar porque no me hacían la prueba. Muy difícil, muy difícil la situación. Yo tengo contratos cada quince días o cada mes, dependen de las sustituciones que haga. Entonces si te enfermas o estás de baja, no te vuelven a llamar hasta que no estés otra vez de alta. [Al enfermar no tuvo ninguna prestación], nada porque justo el día que empecé a sentirme mal o al día siguiente, se terminaba el contrato así que creo que estuve un día de baja y ya. (Lisa, C306)

Durante el confinamiento las bajas laborales por motivos de salud o el absentismo aumentaron, ya sea por estrés, contagio, prevención, por miedo o por la necesidad de conciliación laboral y familiar, sobre todo en entornos urbanos. Por ejemplo, una empresa llegó al 29% de absentismo de la plantilla, mientras que normalmente suele ser del 9%, explica Pedro (C010), responsable del servicio. Ante el absentismo del personal, se ha detectado cierta permisividad entre servicios sociales y organizaciones. Para Ester Quintana (C012*), del Instituto Municipal de Servicios Sociales de Barcelona, no presionar a las trabajadoras para que cumplieran con su trabajo fue una estrategia para poder mantener a la plantilla: "se pidió a las empresas que las trabajadoras que tenían que entrar en los domicilios fueran de forma voluntaria, sin forzar a nadie. Porque si forzabas a una trabajadora, al día siguiente tenías una baja. Ante el miedo a quedarse sin profesionales en activo".

La necesidad de conciliar la vida laboral y familiar ha tenido incidencia sobre el absentismo de las trabajadoras. Sobre todo, porque las escuelas cerraron durante el estado de alarma. Es un asunto que ha afectado a la población española en su conjunto durante la pandemia, y en concreto a las madres (HERNÁNDEZ y GONZÁLEZ, 2020). En nuestros casos de estudio, con sectores feminizados como el SAD, las dificultades para conciliar se han hecho presentes: "Mi marido está trabajando, yo me tengo que hacer cargo de los niños", era una frase habitual, comenta Neus (C026*), gestora de SAD. Los testimonios dan cuenta de que la conciliación ha sido un asunto de las mujeres trabajadoras, y que las soluciones han sido individuales, a través de solicitudes expresas de suspensión de contratos, o el rechazo de nuevos trabajos. Pepe (C053), coordinador de SAD, comenta: "Hay muchas [auxiliares] que a lo mejor han estado sin trabajar porque lo han pedido ellas, durante el tiempo de la pandemia se ha tenido mucho en cuenta auxiliares que tenían niños pequeños". También, Clara, fundadora de una cooperativa SAD, explica que durante la pandemia tuvo que rechazar casos para atender, por la gran imposibilidad de resolver los cuidados de sus hijos:

> Yo me lo pensé mucho, te lo juro, porque mi hijo es asmático, pero de los malos. Otra cosa era que los críos estaban en casa. Yo aquí no tengo familia, ni tengo nada, mi marido trabajaba y el soporte de la casa es su sueldo, así que yo tenía que estar en casa con los dos críos pequeños. Entonces, me quedé con un servicio nada más los fines de semana. (Clara, C237)

La crisis ha significado un aumento de bajas médicas por parte de las trabajadoras por contagio, por enfermedades sensibles que pudieran suponer un riesgo para su salud, y las derivadas de situaciones personales y emocionales, sobre todo por el miedo al contagio. Las bajas por covid y por enfermedad de riesgo (diabetes, bronquitis, cardiopatías, etc.) se han considerado como baja laboral derivada de accidente de trabajo, lo que significa una mejor cobertura, en términos económicos para las trabajadoras respecto la baja por enfermedad común en la que los primeros 3 días no se cobra y del día 4 al 20 se cobra solo el 60%. Rita, coordinadora del SAD de una empresa, lo explica a continuación:

> Las bajas que han sido por positivo en covid o por haber estado en contacto, y también para el tema este que te digo de trabajadoras de riesgo y tal, por la enfermedad que sufren ellas a nivel pulmonar, etc., estas han sido consideradas como bajas laborales. Cobraban el 75% del sueldo. Y no sé si en nuestro convenio hay una parte que a partir de no sé qué día, sí cobran el cien por cien. Creo que nuestro convenio sí que recoge una pequeña mejora en este aspecto. (Rita, C031*)

Esta consideración de accidente de trabajo no ha sido generalizada para todas las auxiliares, o por lo menos en el periodo de realización de nuestro trabajo de campo esta cuestión no estaba resuelta del todo. Maia (C188*), activista de la Plataforma SAD Cataluña, señala que hay muchas trabajadoras que han pasado por esa situación: "[las bajas laborales derivadas de accidente de trabajo] la han podido cobrar unas, pero la mayoría no la han cobrado". Además,

explica la desventaja que supone para las trabajadoras que no se consideren los contagios por covid como accidente de trabajo:

> Cuando una persona está contagiada por covid, tiene que tener 15 días de aislamiento (…). Este es otro problema, que como no se les cuenta como una baja laboral, estos 15 días que han sido confinadas en casa, resulta, que los tres primeros días no cobran nada, y luego cobran un 75%. (Maia, C188*)

Estas bajas también han supuesto un problema particular para el sector, y ha sido el de considerar, a diferencia de los servicios de salud, el contagio como comunitario. Esto significa, que todas las personas que han estado en contacto con una persona contagiada deberían guardar aislamiento preventivo, incluso cuando las pruebas dieron negativo. Para Neus, directora de una entidad social gestora del SAD, esta medida hace pensar en la discrecionalidad de quien toma las decisiones según el colectivo a quien afecta:

> Contagio comunitario, por tanto, quince días, aislamiento porque ha estado en contacto con un positivo. Claro, dices, ¡ostras! Van con los equipos de protección individual. ¿Tú aíslas a una enfermera del hospital simplemente porque ha estado en contacto con un covid? No. Pues una de dos, o estás poniendo en riesgo a la enfermera del hospital, o a mí me estás aislando cuando no corresponde. Esto, a fecha de hoy todavía no lo hemos resuelto. (Neus, C026*)

Neus, reflexiona sobre los efectos económicos derivadas de las bajas médicas en las trabajadoras, quienes ya vienen de situaciones de precariedad laboral, agudizadas en este período:

> Además, desde un punto de vista económico las perjudica directamente [a las trabajadoras]. Porque significa quince días de baja. Quince días de baja quiere decir que ellas no cobran el cien por cien de la baja. Por lo tanto, económicamente tienen un prejuicio directo, con unos sueldos que ya sabemos que son los que son. (Neus, C026*)

Además, en febrero de 2021 se declaró la covid como enfermedad profesional para los sanitarios (que supone una mejora en sus derechos), pero no se contempló al personal de los servicios de cuidado. Aspecto que ha sido ampliamente denunciado por sindicatos del sector.

En lo que se refiere a las nuevas contrataciones para cubrir las bajas laborales por enfermedad o por vacaciones, las profesionales de servicios sociales básicos señalan las grandes dificultades, la poca voluntad política y la lentitud de los procedimientos para el refuerzo de personal. Todo ello ha repercutido en una duplicación del trabajo, excediéndose las horas realizadas en muchos casos:

> Las vacaciones no las sustituyen, pero las bajas tardan bastante, te puedo decir que casi dos meses o tres en sustituir, y si son bajas a lo mejor solamente de dos meses, en ocasiones no te la llegan a sustituir (…). A efectos prácticos hemos tenido bajas sin cubrir y las hemos estado cubriendo nosotras. (Luz, trabajadora social de servicios sociales básicos, C052)

El exceso de trabajo debido a las bajas de las trabajadoras se ha visto reflejada también en el SAD, sobre todo después del confinamiento cuando los usuarios se fueron reincorporando: "o sea, colapsados, desbordados en los servicios, debido a las bajas de los cuidadores" (Estela, trabajadora familiar, C067). Las plantillas no se reforzaron, repercutiendo también en un exceso de trabajo para las auxiliares:

> Cuando yo hablé con mi coordinadora le dije: 'bueno ¿y si todas empezamos a coger la baja quien se hace cargo de los usuarios?', y dijo: 'ya, pero es que el ayuntamiento ha decidido que este año no hay contrataciones nuevas, y si hay, va a ser cosas muy puntuales porque se necesiten realmente'. (Alejandra, auxiliar de ayuda a domicilio, gestión pública, C135)

> El ayuntamiento decidió que este verano no cogía a nadie de refuerzo… Entonces, también nos ha pasado, pues eso, lo mismo, que faltaba mucho personal, pero no había contrataciones nuevas (…). Esto es parte de un daño colateral de coronavirus, la falta de contratación. En este sector, que parece mentira, pero es así, y en todos los sectores. (Bárbara, auxiliar de ayuda a domicilio, C090)

Contrariamente, desde la perspectiva de los gestores, la gestión privada de los servicios ha permitido tramitar de forma más eficaz las suplencias de personal. Lo explica Víctor (C174), director del centro de servicios sociales básicos, que gestionan el SAD de forma mixta con una empresa: "es la empresa la que tiene la bolsa de trabajo, o sea, se pone mala una auxiliar que es funcionaria, esas horas me las cubre la empresa. Además, la empresa es más ágil para todo esto, lo hacemos a través de la empresa".

Durante los primeros meses no hubo mucha necesidad de contratar a más trabajadoras, ya que el SAD se equilibró entre las bajas de personas usuarias y las trabajadoras disponibles. Además, en algunos casos, la reubicación de las trabajadoras de los centros de día al SAD facilitó la sustitución del personal que estaba ausente. Paulina (C093), coordinadora de un centro de día público, explica que tuvo la posibilidad de disponer de su personal para moverlo a otros servicios fácilmente: "al tener estas tres auxiliares del centro de día disponibles para el servicio a domicilio, pues han cubierto muchas bajas y muchas vacaciones".

Las sustituciones de personas se hacían a cuenta de la bolsa de horas de cada trabajadora, ya que las suspensiones de algunos usuarios permitieron que las trabajadoras tuvieran horas disponibles, pero también han repercutido en un aumento de la carga de trabajo:

> El volumen de trabajo cada vez era más para menos [auxiliares], es como los sanitarios, cada vez tienen más volumen de trabajo, cada vez hay más sanitarios con bajas y es muy complicado... ¿Qué ocurre? Pues que las mismas de siempre hemos tenido que duplicar todo, no ha habido contrataciones. Y es que llega un momento que dices: 'jolín, mientras tengo alguno por ahí suelto que no viene conmigo, vale'; pero hubo un momento en el que ya la semana pasada se me juntaban ahí cosas que yo decía: 'me paso de horas, es que me estoy pasando de horas, es que no llego'. (Bárbara, auxiliar de ayuda a domicilio, C090)

Sin embargo, en otras ocasiones cubrir el trabajo de otras compañeras no ha sido suficiente para completar una jornada laboral. Esto ha repercutido negativamente en la bolsa de horas y ha generado mucha incertidumbre porque no estaba claro cuál sería el procedimiento a seguir. Maribel, trabajadora familiar, nos explica la situación que estaba viviendo:

> En cuanto al contrato y el tema de horas, a mí me han bajado completamente las horas, y en principio la empresa nos dijo que hasta que terminara la pandemia, el estado de alerta sanitaria, pues no se iban a contar las horas en negativo. Nosotros, normalmente tenemos horas en positivo... las negativas las tienes que compensar cuando hay más servicios, en verano, o cuando puedas. De momento estamos en el limbo, no hay ningún comunicado oficial, nos han dado la bolsa de horas, yo debo como 70, o sea que se me va la vida, tendré que trabajar día y noche para compensar. (Maribel, C009)

Al respecto, María Jesús Sereno (C148), de CCOO de Cataluña, señala que desde el sindicato hicieron demandas sobre ese tema, ya que, al tratarse de un momento excepcional en el que la suspensión de los servicios no dependía ni de la trabajadora ni de las personas usuarias, sino de las circunstancias de emergencia sanitarias en la que nos encontrábamos todo el país, no debería repercutir negativamente en las condiciones laborales de las trabajadoras:

> Nosotras, como Comisiones Obreras, hemos defendido desde el minuto uno que era un estado excepcional y que la bolsa tenía que estar a cero. Porque no es como una situación normal, que se caiga un servicio y se va a la bolsa, es que esto no es una cosa normal, porque yo he salido con riesgo… y no tengo porque tener una bolsa negativa. (María Jesús Sereno, C148)

En otros casos, suponemos que la medida ha sido la reducción o modificación de contratos, con un efecto directo en el salario de las trabajadoras. Estas reducciones revierten en problemas económicos que las trabajadoras han atravesado y que se suman a las dificultades profesionales, personales y familiares que han vivido durante este período. Las consecuencias de esta reducción, indiscutiblemente se relacionan con dificultades económicas por las cuales atraviesan los y las profesionales que se suman a sus esfuerzos para enfrentar la pandemia y sus dificultades personales y familiares:

> Si echas las 40 horas completas creo que el sueldo completo son 1.050 euros, si ya te van faltando horas pues por debajo. Este año yo también he tenido un mal año, también he tenido varias bajas [bajas de personas usuarias en el sistema de ayuda a domicilio], y ha habido veces que he cobrado 250-300 euros (…). Pero claro, no tengo las horas completas, pues tampoco tengo un sueldo completo. Entonces, pues es complicado. (Miguel, auxiliar de ayuda a domicilio, C193)

> Y entonces su jornada laboral es ir de una casa a otra, pues todos los días en algunos de los usuarios había alguna incidencia, y alguno que se ponía malo. Hora que trabajan, hora que cobran; si no trabajan, no cobran. (Carmen, directora de servicios sociales básicos, C190)

La situación reseñada anteriormente no ha sido exclusiva del SAD: en el servicio de asistencia personal ha pasado lo mismo. Dado que algunas personas usuarias prescindieron de horas de atención, se produjo un efecto en cadena: reducción de la jornada de trabajo y reducción de salario, al ser sus contratos laborales de obra y servicio, y dificultades económicas para afrontar la pandemia. Luciana (C018), asistente personal, lo señala claramente: "al reducirse mis horas de trabajo, he dejado de percibir una parte de mi salario, por lo que he tenido que recortar gastos para poder llegar a final de mes". Esta disminución de ingresos también afectó a quienes estuvieron de baja por enfermedad común, como María Fernanda (C028), asistente personal: "estuve 25 días de baja ante la sospecha de que pudiera tener la covid, con la correspondiente reducción de mi salario".

El hecho de que el trabajo de cuidados, específicamente la atención directa, no se pueda realizar a distancia, ha supuesto que los ingresos se han visto determinados por la decisión que toma la familia y la persona usuaria, al tiempo que continuar con estos trabajos las expone aún más al riesgo de contagio (COMISIÓN ECONÓMICA PARA LOS PAÍSES DE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE [CEPAL], 2020).

A medida que se fueron normalizando los servicios, empezaron a surgir dificultades para sustituir al personal, ya que las bajas médicas continuaron. Iñaki Martínez (C030), presidente de la Asociación de Profesionales de la Asistencia Personal, señala que uno de los problemas que ha habido es encontrar asistentes sustitutos y eso es porque "no hay una profesión que esté regulada y que tenga una bolsa de empleo y que produzca profesionales nuevos cada año. Ha habido muchos problemas cuando ha habido bajas a causa del covid, para encontrar a otros asistentes". Ante el aumento de trabajo y la falta de personal, las entidades gestoras de SAD se acogieron a la normativa estatal[27] que permitía contratar personal sin la cualificación exigida. Esta normativa ha sido más o menos aceptada por los gestores, pero no por CCOO. Según comenta María Jesús Sereno (C148), coordinadora del sector de atención domiciliaria CCOO de Cataluña, es un reflejo de la poca valoración de estos trabajos: "y me ha horrorizado… que en un decreto ponga que por el estado de excepción cualquier trabajador puede trabajar de cualquier cosa, aunque no tenga la titulación. Y eso lo ponía…".

[27] Resolución de 23 de marzo de 2020, de la Secretaría de rnoie de Derechos Sociales, por la que se publica el *Acuerdo del Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia*, que modifica parcialmente el Acuerdo de 27 de noviembre de 2008, sobre criterios comunes de acreditación para garantizar la calidad de los centros y servicios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia.

Viñeta 3.4. Luciana, asistente personal: "Si no trabajamos, no tenemos ingresos"

Luciana (C018) llegó a Barcelona desde Colombia, su país de nacimiento, en el 2018. Allí cuidó durante diez años a su madre enferma de alzhéimer. Quién la animó a venir a España fue su hermana, que vive en Barcelona con un hijo de años. Está soltera y actualmente vive en una habitación alquilada en una vivienda en la que también reside la propietaria.

Tiene estudios de auxiliar administrativo realizados en Colombia. Tiene mucho interés en formarse y actualmente está estudiando un ciclo de auxiliar administrativo en Barcelona, al no tener plaza para estudiar el ciclo de atención a personas en situación de dependencia. Para poder seguir las clases de manera virtual, utiliza un ordenador que le facilitaron en el instituto de secundaria y tuvo que contratar una conexión a internet para la casa donde reside.

Trabaja desde hace dos años como asistente personal en una entidad de la iniciativa social, con un contrato de obra y servicio, media jornada con un usuario y los sábados y domingos con otro. Este último, al inicio del estado de alarma, le pidió precaución, ya que ella se desplaza en transporte público, y que dejara de ir a trabajar. Dado que su contrato es de obra y servicio, ha dejado de percibir los ingresos por esas horas. En consecuencia, ha tenido que recortar gastos para poder llegar a final de mes. A pesar de estar muy preocupada, ya que teme no poder hacer frente a sus gastos de alquiler, alimentación, etc., no lo ha planteado a los técnicos de la entidad en la que trabaja.

Se emociona cuando habla de la importancia de las relaciones interpersonales para hacer su trabajo y de la implicación que eso requiere, por lo que considera fundamental cuidarse. Para relajarse y despejarse ella hace ejercicio físico (andar, zumba, etc.), sola o con alguna amiga.

En el SAD, otra cuestión que se ha visto afectada por la pandemia es la regulación de los descansos y de los tiempos para comer y para ir al baño. Sin embargo, esto siempre ha sido un problema en este servicio, ya que, como las trabajadoras no tienen espacios propios, solían ir a los baños de los supermercados, los bares y desayunaban en la calle o en un bar. Durante el confinamiento, debido a que todos estos lugares a los que acudían con ese propósito estuvieron cerrados y después se mantuvieron con bastantes restricciones, significó un problema añadido en sus condiciones para realizar el trabajo. Maribel, trabajadora familiar, nos relata una jornada laboral típica en la que señala esos problemas:

> Yo ahora trabajo desde las 8 de la mañana a 15:30. Depende del día. (…) Yo lo que echaba a faltar es que claro, en los domicilios no puedo comer, evidentemente, beber sí, yo llevo una botellita de agua. Pero incluso para hacer tus necesidades, aquello que dices: 'necesito ir al baño'. Pues son muchas horas. Ahora todo está cerrado, no hay bares abiertos, no hay nada abierto… Aquí sí que se pasa mal. Ya era complicado antes, pero ahora se ha agravado. (Maribel, C009)

Esto ha significado un problema para ellas y la atención a necesidades muy básicas. María Jesús Sereno, de CCOO de Cataluña, opina que nadie pensó en ello y en la gravedad de esta situación, principalmente porque es un problema que ya se había identificado y que en el contexto de la pandemia se intensificó:

> Yo creo que realmente ni se ha tenido en cuenta que pueden caer los servicios, y que tiene que haber unas directrices por las que ninguna compañera tiene que estar en la calle esperando, el tema de los baños, los espacios, los tiempos muertos, que no tienen dónde poder descansar… es que ahora es fundamental el descanso con este estrés que hay. Son tres cosas que son importantes, que se tienen que tener en cuenta. (María Jesús Sereno, C148)

Las situaciones expuestas son un reflejo de la precariedad laboral del sector, que se ha visto magnificada por la crisis. Iñaki Martínez (C030), presidente de la Asociación Profesional de Asistencia Personal, considera que la pandemia ha puesto en evidencia la precariedad de las condiciones laborales y la falta de regulación de la profesión.

3.4.2. CAMBIOS EN LA SITUACIÓN Y CALIDAD DEL CUIDADO: ACTIVIDADES, RELACIÓN Y TIEMPOS DEL CUIDADO

El contexto de la pandemia ha conllevado que algunas tareas de cuidado se hayan incrementado, que se incluyeran nuevas actividades y demandas de cuidados, o bien que se eliminaran tareas.

Uno de los impactos importantes para los equipos de servicios sociales, ha sido el incremento de trabajo, vinculado al aumento de ayudas de urgencia, sobre todo económicas, y de solicitudes de teleasistencia. Esto último, como consecuencia del cierre de los centros de día, de la suspensión de servicios domiciliarios y la imposibilidad de derivar personas a las residencias. Rosa (C294*), responsable de servicios sociales, explica: "hicimos ayudas de urgencia, no siguiendo criterios sociales y económicos, sino también para aquellas personas que no podían salir de casa para sacar dinero, por su situación de riesgo". También se refiere a esto Adela (C183*), trabajadora social de servicios sociales básicos: "llevamos un chorreo de ayudas económicas de urgencia que no es lo normal".

Otra de las demandas que aumentó a raíz de la crisis fue la atención a trabajadoras del hogar que durante el confinamiento perdieron su empleo y, en el caso de las internas, también el sitio donde vivir, muchas de ellas extranjeras en una situación irregular: "al desaparecer el trabajo, se han quedado sin casa, sin ingresos y sin posibilidad de obtenerlos (…) ya que no tienen la formación que se requiere, (…) ni permiso de trabajo" (Adela, trabajadora social de servicios sociales básicos, C183*). Las trabajadoras sociales tuvieron que intervenir ante sus demandas básicas: "comida y casa, tal cual. Dinero para pagar una habitación (…) se están reconvirtiendo en personas que trabajan en tareas del hogar, a cambio de vivienda y luego piden alimentos", comenta Adela (véase Capítulo 5).

Además, la pandemia ha hecho surgir situaciones problemáticas de las personas mayores, (síndromes de Diógenes, maltratos o abandono), todas ellas vinculadas a la situación de confinamiento y de pandemia, en concreto el aislamiento y la falta de conexión con redes de apoyo. María Teresa (C155), directora de servicios sociales básicos, lo señala de la siguiente manera: "también han aflorado casos graves, casos que a lo mejor estaban sostenidos por el vecindario (…) Y hemos tenido algunas denuncias de la línea 900, donde nos planteaban situaciones que pensaban que era de abandono de personas mayores".

El contexto de emergencia sanitaria, y más específicamente, de confinamiento, ha afectado en la reducción y eliminación de algunas actividades que deja de lado las actividades de ocio y sociales. Ester Quintana (C012*), del Instituto Municipal de Servicios Sociales de Barcelona, señala que "solo podían ir a domicilio para los servicios de atención personal, higiene, soporte en las tareas de alimentación, medicaciones y atenciones sanitarias". En los domicilios se dejaron de realizar las actividades que implicaban salir a la calle, como los paseos, ir de compras, o participar en actividades sociales y culturales. Según comenta Iñaki Martínez (C030), presidente de la Asociación Profesional de Asistencia Personal: "el trabajo se ha reducido al ámbito del domicilio, si no todo, casi todo, hay muy poquitas personas que salgan fuera". Algo que, según Daniela (C023), asistente personal, ha hecho que el trabajo sea más monótono: "ahora es más aburrido, ya que tenemos que estar casi todo el tiempo en casa. Si a mí me parece aburrido, imagínate, Antonio que no sale". Antonio, usuario de asistencia personal, comenta que la suspensión de las actividades que se realizaban fuera de su hogar le está afectando a nivel personal:

> Aún tengo el inconveniente de no poder salir, tener la salida más restringida, todos los servicios que había anteriormente de estimulación cognitiva, fisioterapia, o hacíamos algunos días para hacer rehabilitación, los he tenido que dejar porque los centros donde yo iba han

> dejado de dar servicio por la situación. O sea que estoy encontrando bastantes inconvenientes. (Antonio, C021)

Esta situación supuso para las trabajadoras un aumento de las tareas que implicaban salir de casa, actividades que las personas hacían por su cuenta antes del confinamiento: "se hacían servicios básicos, que eran, el básico, básico, o sea, vas a una casa y tenías que hacer la compra" (Helena, trabajadora familiar, C008*). Pepe (C053), coordinador de SAD, explica que por ejemplo se dedicaron más a realizar la compra de comida y de medicamentos o tirar la basura: "el hecho de suspender servicios no quiere decir que las auxiliares no le hicieran tareas de hacerle la compra. Las auxiliares, aunque tuvieran el apoyo de las familias y el servicio suspendido, le han hecho tareas como tirarle la basura, comprarle en la farmacia. Esas cosas se han seguido haciendo". Por el contrario, los testimonios recogidos en el medio rural mencionan la reducción de este tipo de actividades como consecuencia de una mayor implicación comunitaria.

Aparte de las demandas más materiales aumentó el apoyo psicológico y emocional a las personas usuarias de los servicios. Entre las nuevas podemos señalar, un seguimiento telefónico y de acompañamiento, principalmente en aquellos casos en los que se suspendió el servicio, tanto a los usuarios de SAD: "llamadas telefónicas tanto de la empresa como nosotros el seguimiento" (Luz, trabajadora social de servicios sociales básicos, C052). "Se ha reforzado mucho desde todas las partes de la empresa. De hecho, ha habido compañeros que su servicio se ha quedado un poco parado y han estado también llamando. Una labor más de seguimiento" (Pepe, coordinador SAD, C053). Lo mismo pasó en el caso de las personas usuarias de los centros de día, que recibieron apoyo telefónico por parte de las entidades. Una iniciativa interesante ha sido la de una empresa que inició un proyecto de videollamadas para que las personas solas pudieran comunicarse con sus familiares (Mariona, gestora de SAD, C239).

La implementación de las medidas de protección y los estrictos protocolos de higiene ha supuesto un cambio en el propio trabajo de cuidados. Esta cuestión se ha convertido en un factor clave para la continuidad de los servicios y también un pilar de las intervenciones del cuidado. Trabajar manteniendo la distancia social se ha dejado notar en la realización de ciertas actividades de rehabilitación y estimulación cognitiva como son memoria, resolución de problemas, atención, lenguaje, razonamiento, etc., tan importantes en determinados casos, lo que ha supuesto un cambio en la forma de atención, incluso de plantear nuevas estrategias por parte de las profesionales. Natividad, auxiliar de ayuda a domicilio, señala las iniciativas que ha realizado para evitar un deterioro en las personas que cuida:

> Yo antes no tenía fichas de estimulación cognitiva y se lo hacía todo a mano, para que ellos me hicieran actividades, pero a mano. Ahora intento hacerles fichas para que ellos pinten, para que ellos me hagan sopas de letras y, entonces, ahora tengo ya esa separación de ellos que puedo dejarlos en la mesa haciéndolos y yo estar a dos metros sin que yo esté en frente suyo, encima (…) para no cambiar la estimulación cognitiva, para no dejarlo pasar porque es que lo necesitan. Yo decido, yo misma, hacer las cosas diferentes, pero que sigan haciéndolo, no cortarlo. (Natividad, C049)

La limpieza, entendiéndose como desinfección, ha cobrado especial relevancia en el contexto de pandemia, es decir, una preocupación por esterilizar todas las áreas físicas que pueden estar en contacto con las personas usuarias, y asegurar el mínimo riesgo: "desinfección de pomos, de interruptor, las mesas, la mesita de noche, todos los que pueden tocar ellos y después pueden tocarse la cara. Los sitios donde ellos conviven" (Karina, auxiliar de ayuda a domicilio, C068). Esta prioridad por la higienización en la realización de los cuidados también incluye a las trabajadoras como posible foco de contagio, como agentes contaminantes. Maribel (C009), trabajadora familiar, comenta: "el único problema es eso del contagio, ya te digo: 'la mochila

la dejas allí', te miran como diciendo... '¿estás limpia?', pues ¿cómo voy a estar?". En algunos casos la insistencia en supervisar y extremar las medidas cuando estaba la trabajadora era una constante:

> '¿Y ya has tocado esto?'. 'Ahora vas y lo limpias con lejía'. 'Es que aquí no tenéis que entrar, porque deberías poneros el…'. 'Ya, pero señora, mire usted, ya no nos podemos poner más nada, es que venimos ya que no somos personas, con un disfraz, que ya ni las gafas nos podemos poner…', que están todo el rato empañadas, porque no vemos, quieres quitártelas, quieres tocarte y lo evitamos todo lo posible. Para hacerlo lo más llevadero, pero vamos, hay de todo. (Mari, auxiliar de ayuda a domicilio, C157)

La higiene y la limpieza, que en teoría ya formaban parte del trabajo, ahora se consideran un aspecto básico del mismo, como comenta Raquel (C044*), coordinadora de SAD: "sí que es cierto que a lo mejor había gente un poco más dejada, pero se ha reconducido... y además se les remarca, 'sobre todo, sobre todo, sobre todo, sobre todo, mucha higiene, mucha higiene'". Un proceso que Miguel (C193), auxiliar de ayuda a domicilio, opina que está dando sus frutos: "con el tiempo nos hemos acostumbrado a los nuevos métodos, a las mascarillas, a los geles". En este sentido, la limpieza continúa siendo parte de la atención, pero ahora bajo el concepto de higiene y seguridad, centrándose en todo aquello que podría suponer un riesgo de contagio para la persona dependiente. Claudia (C287), trabajadora social de servicios sociales básicos, hace alusión a este cambio: "entonces, en ese momento cambiamos; llevábamos todo el tiempo diciendo que era un servicio para las personas, pero ahora era también tan importante desinfectar las entradas, las puertas y todo".

Otro cambio que se ha detectado en el SAD y en línea con la preocupación por la seguridad de las personas usuarias, es el uso de los equipos de protección individual (EPI) en todo momento. Para las auxiliares este cambio fue duro al inicio, el uso de guantes, batas, mascarillas, se hizo muy difícil sobre todo en los meses de verano. Esa primera etapa de adaptación se menciona con mucho desconcierto y desorientación. Iñaki Martínez (C030), señala los efectos negativos de estas medidas para la asistencia personal, pues, al ser un servicio por horas, el tiempo que tienen que dedicar a estos protocolos de seguridad resta disponibilidad para la atención: "las precauciones que debes tener restan tiempo (…) estás muy pendiente de si ahora te tienes que poner la mascarilla, volverte a lavar las manos, ahora no podemos ir a esta habitación". Desde su perspectiva, hay un impacto directo entre esas nuevas pautas de actuación y la calidad de los cuidados que se ofrecen. De hecho, añade que hay un efecto directo en la comunicación con el usuario, y por ello, ha negociado la aplicación de esas normas: "las medidas de protección impiden la comunicación con el usuario y acceder a su intimidad, por lo que yo no las he seguido de común acuerdo con él".

En los centros de día, el uso obligatorio de mascarillas, por parte de todas las personas, personal y personas usuarias, y material de protección por parte de las profesionales significó un cambio en la praxis de la atención: "hubo diferencia en el sentido de que hubo que readaptar todas las terapias y mantener la distancias. Tienen que llevar la mascarilla y dependiendo de la enfermedad que tienen es complicado que mantengan la mascarilla todo el rato" (Paulina, coordinadora de un centro de día público, C093). Las trabajadoras del SAD señalan que esos cambios en la realización de su trabajo, ha tenido efectos en las personas receptoras de sus cuidados. Es el caso de quienes padecen trastornos mentales, alzhéimer o demencia senil, porque el confinamiento, el aislamiento y sus propios padecimientos les ha afectado en la percepción de la situación de pandemia, y han vivido los cambios implementados con muchos aprietos. Bárbara, auxiliar de ayuda a domicilio, nos llama a pensar en las dificultades que estas personas han tenido que pasar para adaptarse a la nueva normalidad:

> Imagínate una persona con alzhéimer o una demencia senil que no sabe lo que está sucediendo, que la dejas metida en casa, que a lo mejor a esta persona lo que le servían eran sus paseos diarios y la dejas dos meses sin salir, y le dices que no puede salir, pero encima no puede verla nadie de la familia que ella entienda o recuerde. Y luego cuando vuelve tu auxiliar, que más o menos la conoces y te llevas con ella, te viene con unas batas verdes, unos guantes, unas mascarillas y cuando te ducha, con una pantalla; pues a mí me han arrancado las pantallas, les han dado brotes, han llorado, no entienden lo que ocurre. (Bárbara, C090)

Esta reflexión nos confirma la cercanía de las auxiliares con las personas cuidadas y nos remite a cómo estas nuevas medidas también se relacionan con la imposición de la distancia y el poco contacto corporal al momento de realizar el trabajo de atención directa. Si la trabajadora podía evitar entrar en el domicilio, no entraba para evitar el contacto físico, a menos que tuvieran que realizar una higiene: "tanto las duchas como las higienes en la cama, se hacen con la bata normal, y encima, una bata desechable, porque hay más contacto. Y si alguna pues hace duchas, pues también se dan patucos" (Rita, coordinadora de SAD, C031*).

Este cambio, provocado por la pandemia y puesto en marcha como medida de seguridad, resulta un tanto paradójico, porque estamos hablando de una actividad eminentemente relacional, al mismo tiempo que supone un reto de adaptación precisamente porque las actividades implican de por sí un contacto físico, tanto para las trabajadoras como para las personas dependientes. Natividad, auxiliar de ayuda a domicilio, lo plantea de la siguiente manera:

> Yo antes estaba encima de ellos todo el tiempo y ahora, digamos que, intento mantener la distancia. Pero claro, cuando estoy duchándolos, cuando les estoy arreglando el pelo, cuando les estoy cortando las uñas, ahí no hay distancia de seguridad. Ese ha sido el cambio que hemos tenido, la cercanía a ellos ha sido el gran cambio. Porque antes, al estar juntos con ellos todo el tiempo, estás acariciándoles, estás dándoles ánimos, riéndonos al lado y ahora es distancia, distancia, distancia. (Natividad, C049)

Este testimonio es un interesante punto de partida para reflexionar sobre la dimensión corporal de los cuidados, o la corporalidad del cuidado. En estos tiempos, el contacto, el tacto, el rozamiento, el abrazo se han convertido en factores de riesgo de contagio, al mismo tiempo que se ha valorizado su presencia y ahora mismo, ausencia en la dinámica del cuidar. Por lo anterior, otro de los retos a los que se han enfrentado las trabajadoras, y que se nos plantea como sociedad, es la transmisión de los afectos, a pesar de esa distancia impuesta, a un colectivo especialmente afectado durante el confinamiento, como es el de las personas dependientes y mayores. La soledad de las personas receptoras de servicios en los peores momentos de la pandemia, unida a la permanente situación de inseguridad e incertidumbre, obligaba a las cuidadoras y cuidadores (aún más si cabe) a prestar una esmerada atención a estos aspectos, incluso realizando labores a las que en principio no están obligadas:

> Sobre todo, cariño verbal, pero cariño físico, nulo. [Ahí] hay un cambio muy grande (…). Más charla, hablar mucho con ellos, ellos te piden mucho… tienen mucha incertidumbre de todo lo que está pasando y sobre todo es eso, hablar mucho. También tienen menos visitas de familiares. Entonces también echan de menos eso. [Un poco de fisioterapia] lo haces, lo haces porque tú, por ejemplo, lo ves necesario, pero no es que te lo haya impuesto en un principio la empresa. (Marina, auxiliar de ayuda a domicilio, C048)

Los cambios que se han introducido en todos los servicios afectan directamente a la provisión de los cuidados. La pandemia ha exigido reinventarse, trabajar desde la distancia. Para todos los servicios el reto está siendo muy grande, porque como dice Silvia (C191), directora de un centro de día y noche: "nuestra bandera son las relaciones sociales, el abrazo, el cariño, el estar pegados unos a otros". En tiempos de pandemia, cuando los cuidados se han perfilado

esenciales para la vida y el bienestar de los mayores y dependientes, nuevos modelos de atención se hacen necesarios.

3.5. "ESTAMOS AQUÍ SOLOS TODO EL DÍA Y NO SABEMOS SI NOS PUEDE PASAR ALGUNA COSA". CONSIDERACIONES SOBRE LA SALUD Y LOS CUIDADOS

Junto con otros colectivos de trabajadores esenciales, los cuidadores y cuidadoras de los servicios aquí analizados han estado desde el inicio de la pandemia en primera línea, situados entre los más vulnerables y el conjunto de la sociedad. Esta delicada posición, no obstante, no siempre les ha asegurado unos equipos de protección adecuados y unas medidas de seguridad laboral apropiadas, circunstancias derivadas de la escasez inicial de este tipo de materiales y de la falta de protocolos, pero también por la propia idiosincrasia del trabajo de cuidado. En este apartado analizamos las medidas de protección, la percepción del riesgo y el impacto de la pandemia en la salud física, psíquica y emocional de las personas cuidadoras y cuidadas, así como las estrategias de búsqueda de apoyo emocional, de espacios propios y mecanismos de escape de las trabajadoras.

3.5.1. MEDIDAS Y ESTRATEGIAS DE PROTECCIÓN

En relación con las medidas y actuaciones de protección, los gestores insisten en la falta de directrices claras y de criterios comunes por parte de las Administraciones públicas. Además, ha habido un cambio constante de protocolos y recomendaciones: "nos llegaba una recomendación de uso de mascarillas, recopilábamos la información, hacíamos la formación, dábamos, y al cabo de dos días había una nueva directriz" (Josep, gestor de SAD, C121*). Esta falta de información provocó que los gestores de los servicios no pudieran dar indicaciones claras a las profesionales, una situación que, como comenta María Jesús Sereno (C148), coordinadora de atención domiciliaria de CCOO de Cataluña: "se ha vivido con mucho estrés". Se sumó, además, la soledad que vivieron:

> Te pones a llamarlos por teléfono ante determinadas dudas de material, vale, sí, ya tenemos mascarillas, pero nos hacen falta batas, ¿A quién me dirijo? Llamas al teléfono, un día y otro, ni te lo cogen ni te devuelven la llamada, es una sensación de soledad importante. (Carmen, directora de servicios sociales básicos, C190)

Debido a los protocolos poco claros por parte de la Administración, han sido los propios centros los encargados de enfrentar la situación como mejor han considerado:

> Y entonces, 'mascarilla obligatoria a todos los usuarios excepto los que tengan patologías', ¿y quién lo tenemos que decidir? Lo dejan todo como muy abierto allí para que tú decidas a quien se la pones y a quien no se la pones. Es que si se la pones se ahogan (…) si no se la pones y pasa algo nos van a decir que por qué no se la hemos puesto. Esa presión sí que la tenemos ahí, pero… al final decidimos que los abuelos estuvieran sin mascarilla y mantener la distancia, con los geles y demás y, por lo menos el rato que estén aquí, que no estén agobiados. (Ana, gestora de centro de día privado, C104)

La principal preocupación de los responsables de servicios fue: "cómo protegemos a los trabajadores, cómo garantizamos que los cuidadores no sean un foco de infección", explica Ester Quintana (C012*), del Instituto Municipal Servicios Sociales de Barcelona. Esta fue una preocupación constante también para los gestores de empresas, dado que la presión de los sindicatos, las directrices de Sanidad y de las autoridades de inspección de trabajo no siempre eran coincidentes. Sin embargo, Rita (C031), coordinadora de SAD y miembro del comité de empresa, denuncia que el objetivo de su entidad estaba dirigido a la tranquilidad de los usuarios en lugar de la seguridad de la trabajadora. Los criterios en relación con los EPI

necesarios también fueron insuficientes por parte de las Administraciones, así que, cada centro tenía que proveer los materiales que consideraban más adecuados:

> Nos ha llegado una instrucción de la Junta, que podemos hacerle una petición que nos dé algo, pero solo nos puede dar guantes y mascarillas quirúrgicas (…) pero tampoco cuento con ese recurso, porque para mí una mascarilla quirúrgica en nuestro sector, pues no me da garantía. Nosotros trabajamos con FFP2, todo el grupo, con gafas, con pantallas, nuestro uniforme y aparte las batas o incluso los buzos. (Silvia, directora centro de día y noche privado, C191)

Durante las dos primeras semanas del estado de alarma, encontrar EPI fue una odisea para las empresas y entidades que gestionan servicios y para las Administraciones públicas, lo cual generó sentimientos de miedo y desesperación entre las profesionales. Así lo recordaba Helena, trabajadora familiar:

> Al principio fue horroroso, horroroso, nos daban, como no había material a ningún puesto, nos daban una mascarilla de tela. Bueno, comenzaron con las mascarillas quirúrgicas, pero luego, no era para todos. (...) Íbamos con la bata que teníamos a todos los servicios. Igual sí es verdad que hemos tenido guantes. Ahora ya sabéis que empiezan a faltar guantes. … esto no sé cómo se resolverá. Pero sí, los guantes sí [que los teníamos]. Las trabajadoras íbamos con guantes por la calle, es que claro como decían que tocar las cosas, tocar las cosas, es que claro, íbamos con una bata de domicilio a domicilio, con una mascarilla de tela, cada día desinfectándola, y así es como ha ido. (Helena, C008*)

La falta de equipos de protección al inicio del confinamiento y su poca adecuación a los riesgos derivados de la covid y a las necesidades personales obligó a las trabajadoras a buscar alternativas de protección por su cuenta: "me protegí con guantes que tenía mi pareja (…) con una mascarilla que tenía de pintor (…) este ha sido también un problema con la protección enviada por la entidad que no tenían en cuenta la talla de guantes que necesitaba" (Vicenç, asistente personal, C020*). Cabe destacar la labor comunitaria de abastecimiento de material a través de las organizaciones no gubernamentales (ONG), asociaciones de vecinos, entidades y personas voluntarias. Tal y como comenta Raquel (C044*), coordinadora de SAD: "hubo un voluntariado, unas señoras de aquí que gratuitamente nos confeccionaron mascarillas de tela que fue con el que salimos del paso. Les poníamos un filtro, que era un salvaslips por dentro. Y como las mascarillas se podían lavar, pues bueno, y las trabajadoras iban así". En una zona rural, una asociación de voluntarias confeccionó mascarillas de tela, y es que "la solidaridad ciudadana cubrió bastante en esos momentos las necesidades de material", explica María Teresa (C151), directora servicios sociales básicos. Incluso las propias trabajadoras y coordinadoras tuvieron que fabricarse mascarillas.

Poco a poco se consiguió más material, pero se tardó más de dos meses en tener las medidas adecuadas, aunque no en todos los casos. Incluso en algunos servicios públicos fue insuficiente: "nosotros trabajamos mañana y tarde, pues la misma mascarilla para todo el día (…) hasta junio ha habido escasez de material totalmente (Blanca, trabajadora social de servicios sociales básicos, C151). Las estrategias de abastecimiento fueron varias: realizar compras masivas a otros países, recibir material de las Administraciones, o compartir material entre entidades y empresas. Hay servicios que suministraron el material necesario sin importar los costes añadidos lo que pone en evidencia las diferencias, la competitividad y los intereses de cada empresa independientemente de la forma jurídica de cada entidad: "hemos visto los valores y el posicionamiento de las empresas", comenta Ester Quintana (C012*), del Instituto Municipal de Servicios Sociales de Barcelona, "de la que se había provisionado de EPI por tener capacidad de compra, de las que no se habían dotado de nada (…) y la prevención de riesgos laborales estaban desaparecidos, otros que estaban súper implicados". Los gestores de la asistencia personal señalan sus esfuerzos por conseguir material de

protección, según explica Ramon Lamiel (C035*), gerente Instituto Municipal de Personas con Discapacidad de Barcelona: "se hicieron gestiones para conseguir material de protección y se suministraron a las residencias y al servicio de asistencia personal". Lo destacable de este servicio es que los equipos de protección se suministraron a los domicilios de las personas usuarias, según nos explica María Fernanda (C028), asistente personal: "el material de protección lo llevaban desde la entidad a los domicilios de los usuarios (…) y nuestros usuarios nos lo repartían a nosotros (...) te daban guantes, mascarillas, batas, gel, el gel y también unas pantallas dieron".

En los servicios que hubo material, los discursos de trabajadoras han sido positivos, como en el caso de Bárbara (C090), auxiliar de ayuda a domicilio: "En todo momento la empresa nos ha dado un montón, todos los EPIs que hemos necesitado, incluso a veces diría que yo les he dicho: 'no, no, que tengo guantes, de verdad'. '¿Seguro?'. Hasta el gel, nos han dado". También lo valora positivamente Iñaki Martínez (C030), presidente de la Asociación de Profesionales de la Asistencia Personal: "no nos han faltado mascarillas, batas. No nos han sobrado tampoco pero bueno, nos hemos podido ir apañando. No nos hemos tenido que poner bolsas de basura como en algunos centros y este tipo de cosas". Patricio, gestor de SAD, recordaba cómo desde la empresa les facilitaban ciertos materiales a sus empleadas, marcando al tiempo los protocolos de actuación:

> Por parte de nuestros profesionales, cada uno lleva las mascarillas. En cuanto al tipo de mascarillas que se llevan nosotros les facilitamos a cada auxiliar mascarillas FFP2 (…) Llevan mascarillas, se facilitan guantes, se facilita el gel hidroalcohólico, etc. Las propias auxiliares nuestras, cada día en su ficha, se toman la temperatura, por ver la situación en la que se encuentra cada una. Y cuando van al domicilio, a las familias se les advierte el tema de airear todo lo posible, de que tengan la mayor parte de espacio (…) Entonces, medidas sanitarias las que recomiendan, llevadas al máximo, porque vamos a domicilios de personas que son vulnerables. (Patricio, C047)

En otros casos, la escasez de material homologado se vivió con preocupación e indignación y comportó adaptar las medidas con los recursos disponibles, especialmente al inicio de la pandemia. Por ejemplo, Alejandra (C108), auxiliar de ayuda a domicilio de un SAD de gestión pública dice que "mandaron hacer batas de plástico hechas con bolsas de basura a una persona que cose (…) sí que es verdad que nos daban una por usuario. Luego nos dijeron que si podíamos alargarlo un poquito más porque nos dieron pistola para desinfectar para llevar nuestra agua con lejía". Además, la falta de directrices claras y medidas insuficientes por parte de los gestores llevó a las trabajadoras a improvisar y a decidir por su cuenta las medidas a tomar. Natividad (C049), auxiliar de ayuda a domicilio, nos explica que su jefe les dijo que para protegerse había mascarillas, pero insuficientes, con lo cual decidió que "claro, yo no voy a utilizar una mascarilla para todos los casos y yo dije: 'pues voy a utilizar una mascarilla para cada casa y otra de camino a las casas'". O Mercedes (C007), trabajadora familiar de otra empresa explica que "nos dan una mascarilla para cada día, de la mascarilla quirúrgica, la que es azulita, de esta, de la muy fina. Yo te digo la verdad. Yo esa mascarilla la uso a veces, pero realmente he ido a la farmacia, me compré mascarilla FFP2 y tengo una mascarilla para cada día". En el caso de los equipos de servicios sociales la falta de materiales les obligó a improvisar e invertir tiempo de su trabajo de intervención en buscar estos dispositivos. Y en el caso de los centros de día, no hubo problemas en cuanto a los EPI, ya que cuando abrieron ya tenían. Lo que sí que se vivió con preocupación durante la reapertura de los centros fue que todo estuviera correcto: medidas de protección, protocolos, etc.

Las medidas y actuaciones de protección, así como las instrucciones en cómo usar los EPI se facilitaron vía telemática o se realizaron formaciones, aunque al principio, como explica María Teresa (C151), directora de servicios sociales básicos: "no daba tiempo". La confianza y la

certeza de sentirse apoyadas por sus instituciones apareció cuando los protocolos de uso y de actuación fueron actualizados y a disposición de las trabajadoras, lo que impactó positivamente en la tranquilidad de las trabajadoras:

> Hubo unos protocolos que seguir, porque esto no es volver a su casa como te habías ido. Entonces ya se les dijo: gel hidroalcohólico, en la entradita pues te ponen su gel hidroalcohólico, normalmente ponen unos felpudos y echan a lo mejor una mezcla de agua con lejía o amoniaco con lejía, le dan al felpudo y tu cuando entras pasas y con los pies pues te vas limpiando. Luego te pones tu zueco, tu calzado. Nos daban unas batas de visita que se llaman, que son unas batas de un solo uso; guantes, mascarillas de tres tipos, mascarilla quirúrgica, para estar así de tú a tú. Cuando había más acercamiento, personas con enfermedades bronquiales, neumonías, etc., pues la FFP2. Y luego para duchas, aseos, etc., o si había que curar si tenían la piel delicada, había que dar crema o alguna cosa más específica, las pantallas. (Bárbara, auxiliar de ayuda a domicilio, C090)

Algunas trabajadoras se muestran disconformes en la forma cómo se les facilitó documentación, que fue por vía telemática. Lo valoran insuficiente y reclaman formaciones más prácticas. Vicenç (C020*), asistente personal, comenta su sentimiento de abandono cuando recibió la primera comunicación por correo electrónico por parte de la entidad "en la que me decían que realizarían teletrabajo y me enviaban un protocolo de actuación. Sentí que me dejaban solo, como si se fueran de vacaciones. (…) Posteriormente, ante mis quejas, enseguida me llamaron para darme explicaciones". En este servicio, además, si bien se envió las instrucciones de cómo utilizar los EPI, Iñaki Martínez (C030) se queja de que "no se estableció un protocolo general de cómo tiene que trabajar un asistente personal, en qué condiciones de protección, no, lo ha dejado todo en manos de las personas que usan el servicio". Eulàlia (C004*), gestora del servicio, explica que lo que hacían era "recomendar a los usuarios que en la medida que pudieran se protegieran a ellas y los asistentes personales (…). Le dejamos aquí, esta parte más de autogestión, responsabilidad, porque el convenio no acaba de estar dentro de lo que sería el modelo [de asistencia personal]". Por lo tanto, la responsabilidad y la decisión de las medidas recaían en las personas usuarias, lo que comportó que, en algunos casos, se flexibilizaron a petición suya: "me cambiaba de ropa y me lavaba constantemente las manos. Al principio llevaba mascarilla todo el tiempo, pero después solo cuando hacía tareas de higiene personal y tenía que estar muy cerca de ella" (Vicenç, asistente personal, C020*). Decisiones que eran respetadas por los asistentes personales, a pesar de las incomodidades: "me ponía la bata de protección a pesar del calor" (María Fernanda, asistente personal, C028). En otros casos, se estableció una negociación en función del estado de salud de la persona y las condiciones para realizar el trabajo, lo que se valoró positivamente:

> Yo ahora estoy trabajando con una persona que, si tengo que trabajar con ello para esa persona es muy complicado que ella, que esa persona lleve mascarilla, porque no nos vamos a entender. Pero es que tampoco la puedo llevar yo, porque no nos vamos a entender, entonces, estás un poco en función de con quién te toque vas un poco calibrando y lo que te diga y las necesidades que tenga y entonces pues muchas veces también te la juegas un poco porque no se puede trabajar, en realidad no se puede trabajar. (Iñaki Martínez, presidente de la Asociación de Profesionales de la Asistencia Personal, C030)

Este protagonismo de la persona usuaria en la toma de decisiones no ocurrió en el SAD, más bien fueron las trabajadoras quienes flexibilizaron las medidas, y que los gestores respetaron:

> En cuanto al tipo de mascarillas que se llevan, nosotros… es un poco, también, ya una decisión de cada uno de los auxiliares, nosotros les facilitamos a cada auxiliar mascarillas estas de FFP2… Había auxiliares que lo que decían era…, por el trabajo que hacían, porque hay que tener en cuenta que en domicilios muchas auxiliares lo que hacen es pues aseos de mayores, entonces con la FFP2 lo pasaban mal, y más en la época de calor que teníamos, y ellas

demandaban las mascarillas estas higiénicas, todo el mundo lleva mascarillas. (Patricio, gerente entidad gestora de SAD, C047)

Viñeta 3.5. Natividad, auxiliar de ayuda a domicilio: "Había mascarillas, pero no había para todo el mundo y para todos los casos"

Natividad (C049) es una joven de 28 años que ha nacido y reside en el municipio murciano de Lorca. Es soltera, no tiene hijos y, actualmente, vive con sus padres y hermanos. Realizó estudios de Formación Profesional como auxiliar de enfermería. Desde hace tres años trabaja como auxiliar de ayuda a domicilio en una empresa lorquina de titularidad privada social (aunque también tiene plazas concertadas con el Instituto Murciano de Acción Social-IMAS) que presta diferentes servicios a las personas mayores. Habitualmente trabaja a tiempo parcial. En concreto, atiende a cuatro mayores en sus domicilios, si bien, con la pandemia, y teniendo en cuenta que su empresa también gestiona un centro de día, su jornada laboral aumentó para dar servicio a las personas más dependientes que, por los obligados cierres, ya no acudían al centro. Esta situación le llevó a doblar sus horas de trabajo hasta llegar a la jornada completa.

En relación con las medidas de protección y sobre las indicaciones a seguir para prevenir el contagio, ha echado de menos algunos materiales de protección. No ha dispuesto de EPI, y ha tenido que hacerse mascarillas propias, al ser insuficientes las recibidas de la empresa. Igualmente le ha ocurrido con el resto de material protector, como los guantes, que buscó por medios alternativos. Y todo por considerarlo necesario para protegerse y proteger en su labor de cuidadora. Siente que los familiares han agradecido su trabajo, especialmente en los momentos más duros del confinamiento. También destaca la pérdida de contacto personal con los mayores, por la necesidad de mantener la distancia, lo que influye incluso en las actividades de estimulación cognitiva. Todas estas situaciones sobrevenidas (incluso el tiempo dedicado a cada tarea) las gestionó de manera personal, sin recibir instrucciones expresas de la empresa, salvo las oficiales de carácter más genérico (distancias de seguridad, uso de mascarilla y guantes…) y que le fueron comunicadas a través de Gmail o WhatsApp. La situación tan especial de pandemia le lleva a considerar, especialmente ahora, que la atención debe extenderse más horas porque, en los domicilios asignados, no disponen de otro tipo de apoyo y el deterioro de las personas mayores ha aumentado.

En los centros de día las medidas estuvieron más controladas. A diferencia del trabajo en los domicilios, para los usuarios la mascarilla era obligatoria. Este aspecto ha sido un reclamo por parte de las trabajadoras del SAD, que, como Karina (C068), auxiliar de ayuda a domicilio, piensan que "tendrían que ponerse las primeras medidas mirando sobre la gente mayor, darles a ellos mucha más protección (…) los he visto desprotegidos". Sin embargo, en algunas comunidades autónomas, por ejemplo, en el País Vasco (Donostia), se exigió que las usuarias lleven mascarilla mientras se está realizando el servicio, explica Lisa (C306), presidenta y trabajadora de una cooperativa de servicios de cuidado integral. Aunque en el resto de las comunidades autónomas no fue obligatorio, sí que fue una recomendación de empresas y entidades. Aun así, las personas usuarias se resistieron a seguir esta medida, por poca consciencia, por desconocimiento o por las dificultades de comprensión debido a su estado de salud. Esto ha llevado a una labor de concienciación y trabajo pedagógico por parte de las entidades y trabajadoras: "incluso hemos llevado circulares a los domicilios, para que los propios usuarios usen ellos mismos las mascarillas (…) en muchos domicilios si tienes que recordarlo, después de llevar la circular y todos los días tienes que decirle" (Miguel, auxiliar de ayuda a domicilio, C193). Con el tiempo esta medida se fue incorporando, como explica Luciana (C018), asistente personal, "sí hubo más conciencia, digámoslo así, pues ya, en cuanto a ponte la mascarilla, los guantes, se cuidaba más de la protección". Lo mismo pasó con otras medidas, como mantener una distancia de seguridad, que las trabajadoras tuvieron que insistir, incluso a los familiares, cuestionando algunas conductas poco responsables:

Además, estaban ahí todo el día [los familiares], y les dije: 'a ver si estás tú, no estoy yo, esto es así, ahora todo ha cambiado, entonces: o yo vengo a ayudar a tu madre o si no te quedas tú, no podemos estar los dos aquí'. Porque además en una casa pequeña te tropiezas por los pasillos. ¡Es que no puede ser!, tienes que tener tu distancia de seguridad. Y eso sí que lo

> comentaba con mis coordinadoras: 'oye, o les decís que tengo que estar yo sola con el usuario o si no mal, oye, porque esto no puede ser'. Y bien, al final lo entendieron. (Bárbara, auxiliar de ayuda a domicilio, C090)

En los centros de día, las trabajadoras "están concienciadas porque ya saben que son personas vulnerables y que lo tenemos que hacer" (Ana, gestora centro de día privado, C104). Además, las medidas estaban presentes antes de la pandemia, aunque eran principalmente para las enfermeras, que las usaban en situaciones puntuales:

> Yo aquí por norma general sin pandemia y sin nada, siempre hemos tenido mascarillas, la enfermera era la única que usaba mascarilla cuando hacía alguna cura de alguna úlcera o había algo más feillo y, guantes que siempre ha habido. Y también teníamos gafas, algunas gafas, pero eso era exclusivo de la enfermera, era como una protección, ni te puedo decir las veces que esa muchacha habrá usado las gafas en una situación normal. (Silvia, directora centro de día y noche privado, C191)

En el SAD, antes de la pandemia se proporcionaban guantes, pero las mascarillas solo se usaban en caso de enfermedades infecciosas, aunque, como comenta María Jesús Sereno (C148) de CCOO de Cataluña: "te la ponías más que nada para quitarle a la persona un poco de angustia de que tú le pudieras transmitir algo. Pero… ya te digo, que era muy simbólico". A diferencia de los hospitales o las residencias, "ir a domicilios particulares y tal, pues cuesta más de que la trabajadora entienda que forma parte también de su trabajo" (Rita, coordinadora de SAD, C030). Maribel (C009) y Mercedes (C007), trabajadoras familiares, nos explican que antes de la pandemia las medidas no estaban reglamentadas. Por ejemplo, en casos de gripe cada una se protegía como mejor consideraba. De hecho, "muchísimas de nosotros cogíamos unas tremendas gripes, eh… cuando había gripe", enfatiza Mercedes.

Aunque hay testimonios que reivindican su buena praxis incluso antes de la pandemia: "nosotras estamos acostumbradas a tener una especie de medidas para intentar evitar (…) es el mismo protocolo para una gripe. Una gripe a una persona de 94 se la lleva igual. No hace falta el covid" (Maribel, trabajadora familiar, C009). Desde la pandemia, la importancia del uso de las medidas de protección está comportando un proceso de concienciación por parte de responsables de servicios y trabajadoras: "'yo me pongo los EPI porque me decís que me los tengo que poner y porque estoy en mi jornada laboral, pero bueno, más allá de eso tampoco me preocupa demasiado', hasta que empezó a haber casos cerca" (Claudia, trabajadora social de servicios sociales básicos, C287).

Otro aspecto a destacar es que algunas trabajadoras nos comentan que iban a domicilios sin saber que la persona tenía la covid. Debido a que el domicilio no sea considerado centro de trabajo y donde prima la intimidad, las personas usuarias no tienen obligación de proporcionar esa información (FRANCO y RUIZ, 2018). Es indudable que es un riesgo real y también que hay que respetar y proteger la información personal de cada persona, pero es necesario buscar una manera de que la auxiliar no se vea expuesta a un potencial contagio.

Las personas entrevistadas piensan que la protección añade una nueva dimensión al trabajo de cuidados, porque, como dice Josep (C121*), gestor de SAD: "yo creo que estas cosas sí han llegado para quedarse". Aspecto que comparte Eulàlia, gestora del servicio de asistencia personal, quien reflexiona acerca de cómo incorporar esta dimensión en el trabajo de acuerdo con la filosofía del servicio:

> Tendremos que hacer un proceso de aprendizaje todos juntos, pero no como una imposición, no como un reglamento que viene que es ajeno a la asistencia personal, sino como una medida de protección de las dos partes, en este sentido, a lo que ha pasado. Pero en el caso de las EPI no podemos obligar a un asistente personal o una persona usuaria, con según qué prácticas hacen, porque es la propia vida de la persona y además hay funciones muy diferentes, a que

> cuando entre la persona se ponga una bata blanca. Que es lo que marca también el convenio, no lo podemos hacer, ¿no? Teniendo en cuenta que intentamos romper este modelo más médico rehabilitador y ser algo como más personalizado. (Eulàlia, C004*)

Todo lo expuesto nos lleva a reflexionar sobre la regulación de la salud laboral en el trabajo en los domicilios, donde los riesgos laborales no están estandarizados, sino que se establecen en función de cada caso, sobre todo en la asistencia personal donde no se puede obligar, sino recomendar.

3.5.2. PERCEPCIÓN DEL RIESGO

Las trabajadoras se sintieron muy desprotegidas frente al virus. Al principio de la pandemia, en un contexto de falta de medidas de protección, la percepción del riesgo al contagio, tanto de la cuidadora y su familia, como de la persona cuidada, fue un factor destacable y una cuestión frecuentemente señalada por las trabajadoras. Y esto es destacable en el caso del trabajo en los domicilios, en que las trabajadoras se convirtieron en un foco de contagio. Tal y como explica Valentina, asistente personal, eran un vector de transmisión en sí mismas:

> Porque más allá de que el virus venga de allá, de acá, lo traiga Pedro o Juan, eventualmente lo transportas, te convertías por ahí en un vector y empezabas a sentirte como el vector que eventualmente podía transportar. (Valentina, C029)

Un aspecto que era recordado por las personas usuarias:

> Ellos siempre tienen la cosa, ya no te lo preguntan, pero al principio de todo esto, pues sí que te preguntaban: 'a otros sitios donde vas, ¿qué? ¿Cómo va? ¿O, cómo van los otros domicilios? ¿Los hijos en que trabajan?'. No sé, un poco preocupados también por si tu de un domicilio a otro pues puedas contagiar. (Marina, auxiliar de ayuda a domicilio, C048)

Esta situación les provocó mucho miedo y una gran responsabilidad hacia los usuarios y los propios familiares, ya que eran ellas quienes iban de un lado para otro:

> Siempre entras con algo de recelo porque no sabes si te lo vas a llevar tú o no te lo vas a llevar, y que luego también con la cosa de que no es solamente a este domicilio, de ese domicilio voy a otro y a otro, y a ver si voy a cargar yo por ahí otro foco. Y luego claro, tienes que volver a tu casa con tu familia. (Miguel, auxiliar de ayuda a domicilio, C193)

Además, el miedo y las precauciones ante la posibilidad de ser transmisoras del virus ha sido especialmente significativo debido al estado de salud de las personas receptoras de los cuidados, personas mayores de riesgo ante el desarrollo de cuadros clínicos severos. Esta percepción del riesgo de contagio en las personas cuidadas ha sido y es especialmente dramático en ciertos casos, como podemos comprobar en el siguiente fragmento de entrevista y denota un cuidado y respeto hacia las personas más vulnerables frente al virus:

> El que [tengo] ahora de salud mental, pues bien, habla, explica, lleva su mascarilla, le obligo a ponérsela porque no le gusta, y bueno, más o menos. También con ansiedad, porque es una persona de riesgo. Vive con sus padres, que también son personas de riesgo. Y su hermana igual. Es una familia de cuatro y todos son de riesgo. Con mucha ansiedad. Para el tipo de usuarios que tenemos... pues miedo. (Maribel, trabajadora familiar, C009)

Una preocupación y miedo, que según comenta Luciana (C018), asistente personal, se incrementó "por el hecho de tener que desplazarme en transporte público y el riesgo de contagiar al usuario que es una persona vulnerable en cuanto a su salud". Todo ello las llevó a extremar las medidas dentro y fuera del trabajo.

En el caso del personal de servicios sociales, el miedo y la percepción del riesgo fue menor, ya que trabajar en casa les dio sensación de seguridad y sensación de protección. También en los centros de día, ya que, el hecho de tener las medidas controladas les aportó seguridad. En el caso de la asistencia personal, el hecho de que sea un servicio muy personalizado (normalmente el asistente personal tiene pocos casos), es más fácil reducir el riesgo "porque garantiza un control de los contactos y garantiza una seguridad y un protocolo de cada domicilio" aunque "el riesgo está ahí" (Iñaki Martínez, presidente de la Asociación de Profesionales de la Asistencia Personal, C030). Esta es una ventaja del servicio que ha dado comodidad a los asistentes personales.

El miedo a contagiarse o a contagiar fue desapareciendo a medida que las trabajadoras contaron con las medidas de protección y la sensación de seguridad aumentó. Destacan también la confianza entre usuario y trabajadora cómo garantía de seguridad:

> Miedo no he tenido porque íbamos muy bien protegidas, luego lo que te estoy diciendo a los usuarios que tengo la mayoría son ya de muchos años, ya los conozco. Sí que es verdad que algunos que lo que te digo, aunque les tocaba como a mí, el cuidar a semanas a su familiar, pero tengo la confianza porque sé cómo son ellos. (Alejandra, auxiliar de ayuda a domicilio, gestión pública, C108)

> Yo la verdad que siento que conmigo se sienten seguros. Ellos confían en que tu no les vas a llevar nada, que tú ya vienes preparada y entonces. (Candela, trabajadora familiar, C006)

Patricio, gestor de SAD, recordaba cómo algunas de las trabajadoras habían solicitado dejar de trabajar por el miedo ante la incertidumbre inicial. No obstante, poco después de los primeros días, señala que fueron las propias trabajadoras las que ayudaron a las familias a superar sus miedos, haciendo un trabajo de contención que, en su opinión, solo puede entenderse si se tiene en cuenta el carácter vocacional de la profesión:

> Ellas [hoy] tienen una implicación y un compromiso enorme. Porque piensa (…) el 16 de marzo, hubo algunas auxiliares que llegaron diciendo que querían dejar de trabajar. Porque tenían miedo de contagiar a su familia, tenían miedo de llevar el virus al mayor, que saben que son muy vulnerables (…) Pero, sin embargo, conforme ha ido evolucionando esto (…) todas son conscientes de que hay que vivir con esto. [Y] son personas que tienen una vocación muy grande (…) De hecho, las auxiliares del centro de día (…) lo que estaban deseando es volver a la acción (…) poder intentar ayudar a los mayores (…) Yo los veo muy fuertes (…) anímicamente, muy bien a los trabajadores. Y eso es muy importante porque los trabajadores van a domicilios donde las familias tienen también sus dudas. (Patricio, C047).

Los gestores consideran que las trabajadoras que continuaron en el servicio durante la pandemia (recordemos que algunas no trabajaron por miedo) fue por el alto compromiso que tienen con las personas que cuidan y porque saben que son personas vulnerables. Así lo expresa Pedro (C010*), gestor de SAD: "la gente interiorizó mucho que había personas que dependían de ellas para pasar el día a día". Y es así como todos los gestores valoran la implicación de las trabajadoras, que han mantenido el trabajo por el vínculo y la responsabilidad que tienen con las personas usuarias: "Yo pienso que realmente la mayoría se han implicado al cien por cien, para no dejar en la estacada a sus usuarios" (Rita, coordinadora de SAD, C031*). Además, consideraron la importancia de realizar su trabajo y el valor del mismo: "tenían miedo, pero cuando hablabas con ellas decían 'bueno, es lo que hay, tenemos que ir a hacer nuestro trabajo, somos unas privilegiadas'" (Raquel, coordinadora de SAD, C044*). Y este valor que se da al trabajo se refleja también en que la percepción del riesgo era más por el miedo a contagiar al usuario que a ellas mismas: "es cierto que cuando tú hablabas con ellas, ellas te hablaban, no del miedo de estar contagiadas ellas, sino que ellas tenían miedo de contagiar a personas" (Neus, gestora de SAD, C026*). Esta implicación personal de las

trabajadoras ha contribuido a minimizar algunos de los impactos de la covid en las actividades de cuidado y también ha estado muy presente en las estrategias informales de cuidado.

3.5.3. IMPACTO DE LA PANDEMIA EN LA SALUD: REPERCUSIONES FÍSICAS Y PSICOLÓGICAS DEL CUIDADO EN LAS TRABAJADORAS Y EN LAS PERSONAS CUIDADAS

La repercusión que la pandemia ha tenido sobre la salud emocional de las trabajadoras ha sido una constante en las personas entrevistadas, apareciendo en sus discursos, con frecuencia y por distintas causas, el miedo, el estrés, la preocupación y la ansiedad. Han relatado que han estado sometidas a una gran sobrecarga emocional y presión anímica, psicológica y mental desde el inicio de la pandemia. Los primeros días, dicen, fueron muy angustiosos.

Los equipos de servicios sociales básicos sufrieron estrés por la sobrecarga de trabajo, por la necesidad de compatibilizar las responsabilidades familiares y el teletrabajo (apoyando a sus hijos e hijas con las clases online) y por la carencia de tiempo libre, ya que las jornadas eran largas y trabajaban los fines de semana. El cansancio por la presión asistencial y por la adaptación a las nuevas tecnologías (y la falta de medios), se agravó por la incerteza ante los cambios constantes, la inseguridad de si sus procesos son adecuados y la necesidad de construir nuevas formas de trabajar. Esta presión se debe a que fueron la primera referencia para los familiares y las personas mayores y dependientes, y el confinamiento les ha dejado sin recursos de soporte, cierre de los centros de día, dificultades para ingresar en residencias y la rescisión de SAD. Se les exigió una respuesta rápida que no podían garantizar. Así lo expresa Adela (C183*), trabajadora social de servicios sociales básicos, que vivió la situación "con mucho cansancio, con la sensación que no podía con una persona más encima de mi espalda. (…) muy cansado, muy agotador". Silvia, directora de un centro de día, se sintió sobrepasada por el sentido de responsabilidad de no poder ofrecer la atención adecuada a las personas:

> Lo pasamos muy mal, porque queríamos dar cobertura a todos, cubertura también telefónica, con el estado de ánimo que presentaba y a nivel emocional, yo te puedo decir que a mí me consumió. Yo me sentía responsable de todos y no tenía el abanico para poder ayudarlos. Entonces eso, cuando tú te acuestas y dices, se me escapó esta persona está sola, no tiene hijos aquí, yo no puedo mandarle ayuda a domicilio más allá de lo que puedo llegar. Y es lo que yo decía siempre, es que tratamos con personas dependientes, que no son productos de un supermercado, eso te va tocando. Y acabas mal. (Silvia, C191)

Otra de las consecuencias detectadas, han sido los efectos sobre la salud emocional de las profesionales de los servicios sociales. Adela (C183*), trabajadora social de servicios sociales básicos, comenta que todo por lo que han pasado ha supuesto mucha presión para las profesionales, al mismo tiempo que se reconoce la esencialidad de su presencia para enfrentar la crisis: "muy frustrante también el no poder hacer trabajo social, porque hemos estado apagando fuegos y seguimos. Pero también con la sensación un poco de que éramos el único servicio abierto en determinados momentos (…) bueno, somos su muro, para bien y para mal". Por su parte, María Teresa, directora de servicios sociales básicos, expresa los efectos en la salud de los profesionales, en el marco de la pandemia:

> Tengo bajas, de distinto tipo, pero todo viene de la tensión tan tremenda, la falta de recursos económicos de la población no responde correctamente la renta básica, no responde el ingreso mínimo y ya no sabes cómo dar respuesta a cubrir las necesidades básicas de las familias. Eso es de ansiedad total. (María Teresa, C155)

El equipo del SAD, también, ha sufrido ansiedad, miedo y estrés, sobre todo al inicio, por la falta de EPI y de información, que, a criterio de Rita, coordinadora de SAD, en cierta medida se hubiera podido evitar:

> ¡Se ha pasado fatal! O sea, el primer mes, el primer mes ha sido fatal, fatal. Mucha angustia se ha vivido. Por parte de las trabajadoras muchísima angustia. Y claro, no querían ir a trabajar. Es que es normal, tenían mucho miedo. Y cuando la empresa te decía: 'no, no, no es que no hay más, es que no hay más, es que estamos haciendo lo posible...', bueno, estamos haciendo lo posible, ¿hasta qué punto está haciendo lo posible? (Rita, C031*)

Las situaciones a las que han estado expuestas las trabajadoras han sido psicológicamente abrumadoras, y a lo largo de los meses estas emociones se han traducido en agotamiento, como clarifica Mariona (C239*), gestora SAD: "más que traumatizada, la gente está muy agotada". Esta sensación es la que también se percibe entre los y las asistentes personales, que muestran su preocupación, presión y cansancio por las condiciones en que están realizando su trabajo y por las repercusiones en su propia salud y bienestar y en la de sus familias, pero sobre todo por la salud y bienestar de las personas usuarias:

> Estuve muy preocupado y muy cansado por muchas razones: por no contagiar a mi pareja y a su hija, ella estaba incluso obsesionada, por lo que teníamos una zona cero en la entrada de casa en la que yo dejaba la ropa y los zapatos antes de ir directamente a la ducha; por no contagiar a mi madre a la que tuve que cuidar y hacerle la compra; por las largas colas y esperas para hacer la compra de la usuaria y por la preocupación y la salud de la usuaria. (Vicenc, asistente personal, C020*)

El estrés, la sobrecarga laboral y el miedo han repercutido en un aumento de las bajas laborales por parte de las trabajadoras. Así lo relataba Luz (C052), trabajadora social de servicios sociales básicos: "el confinamiento y la sobrecarga laboral ha llevado también a muchos compañeros míos a darse de baja, por el mismo confinamiento y lo que ha llevado a cada uno de ellos en términos de salud laboral". Pero junto con la preocupación y el cansancio, son varias las profesionales, como Valentina (C029), asistente personal, que manifiestan su satisfacción, ya sea "por poder tener un trabajo durante el estado de alarma, a pesar de estar sometida a mucha presión por las medidas de protección y la situación de salud de mi usuaria". O la satisfacción de decir: "¡ostia! Hemos prestado un servicio ininterrumpido a gente que lo ha necesitado, en medio de un confinamiento muy duro, una situación muy complicada", como expresa Jaume Salmeron (C051*), concejal del Ajuntament de Arbúcies, que gestiona el SAD de forma mixta. Así lo verbalizaba una de nuestras entrevistadas, que destacaba además del puro y simple cansancio físico al que tenía (y tiene) que hacer frente en la nueva situación: "[Anímicamente] pues siempre piensas algo, ¿no? Siempre hay un poquitín, porque todo lo que se escucha y tal… pero, no sé, yo me he sentido bien" (Marina, auxiliar de ayuda a domicilio, C048). El valor que se le da al trabajo minimizó el efecto negativo de la sobrecarga de trabajo, y así lo explica Raquel (C044*), coordinadora de SAD: "pese haber trabajado tantas horas no lo hemos vivido con angustia. He trabajado mucho pero no ha sido negativo. Porque se ha visto que estabas haciendo algo bueno, tanto para ti, como para las compañeras". Incluso, como comenta Estel, responsable de servicios sociales, el hecho de poder trabajar y dar respuesta a las necesidades ha significado también un empoderamiento y una satisfacción:

> Las personas que se han sentido muy vulnerables son personas que ya normalmente se sienten vulnerables. Con esto, bueno, les ha angustiado algo más que los demás, pero el hecho de que estés muy activo, el hecho de que desde la mañana hasta la tarde estés activo, dando respuesta, te sitúa en una posición de empoderamiento, y esto contrasta mucho. Yo podía estar cansada físicamente cuando terminaba el día, y los otros, pero tenías la impresión de que estabas haciendo cosas. (Estel, C293*)

Silvia, directora de un centro de día privado, nos cuenta que han pasado por distintas fases. Tras la apertura después de meses cerrados, había un sentimiento de alegría, tanto de los y las profesionales, como familiares y personas usuarias: "en esos días primeros, como si no existiera el virus, una cosa rarísima". A las semanas, de alguna forma volvieron a aparecer los

problemas y los primeros positivos en el centro y las dificultades para la gestión de la situación; de la mano de estos problemas, vino el sentimiento de miedo continuado y de ansiedad por miedo al contagio:

> Pues mira, el positivo de agosto generó ansiedad, los síntomas de los negativos y de ese positivo fue ansiedad, no tuvo otro síntoma. No tuvo problemas de nada y, los abuelitos fueron todos negativos, pero, sí generaba: '¿cómo estás?', 'es que me cuesta respirar'. Y eran negativos ¿no? Si esto no es covid, es una consecuencia de esta mierda de virus que tenemos, que todos tenemos ese nudo ahí que dices, me cuesta respirar, me cuesta dormir, parece que el cuerpo me duele. (Silvia, C191)

Aunque en los centros de día no ha habido muchos casos positivos ni defunciones, en el centro que dirige Silvia, fallecieron dos personas, lo que comportó un sentimiento de culpabilidad por parte de la directora, aunque también reflexiona sobre el coste de salud que hubiera significado para los usuarios mantener el centro cerrado:

> Ha habido dos fallecimientos, de dos personas, nos ha afectado bastante porque no te lo esperas; además no dejas de sentirte culpable, de esas dos personas es como si yo fuera la madre de toda la gente que acude al centro, tanto trabajadores como abuelos y yo pienso: '¿y si no hubiese abierto?' '¿y si no hubiese peleado porque es una actividad esencial?'. Si siguiera cerrada, esas personas no hubieran muerto. Pero luego tienes a las otras personas que te apoyan y te dicen: 'Sí, las cosas pasan', puede que esas personas no hubiesen muerto, pero tendrías a las cuarenta restantes con úlceras, sin poder andar. (Silvia, C191)

Otra cuestión expresada por las personas entrevistadas es el impacto que ha tenido la pandemia en la salud física, mental y emocional de las personas cuidadas. A causa de las restricciones generales y las suspensiones o modificaciones de los servicios, se han acelerado procesos de demencia y ha repercutido de forma negativa a nivel físico, sobre todo personas con problemas de retención de líquidos o artrosis. La soledad ha agudizado el deterioro cognitivo de las personas, sus manías, su desorientación, su desubicación, etc.

A nivel emocional, Natividad (C049), auxiliar de ayuda a domicilio, explica que por el hecho de no poder salir a la calle o hacer vida social con familiares y amigos "ninguno de los que tengo han sido los mismos desde el primer contacto del confinamiento". Bárbara, auxiliar de ayuda a domicilio, narra así la repercusión en el estado de ánimo de sus usuarios:

> Algunos se volvieron un poco no te digo malhumorados pero tristes, como desganados, como que lo que antes hacíamos con más soltura pues ahora no apetece hacer, 'y total para qué, pues es que qué más da, si tal y como estamos'. Y luego estaban los depresivos de 'más valía que nos fuéramos mañana mismo'. (Bárbara, C090)

Antonio (C021), receptor de cuidados, explica que durante un ingreso hospitalario por una infección de orina "no pude estar acompañado por ninguna persona, ni asistente personal, ni de mi familia, con lo que no podía ni moverme, ni rascarme la nariz (…) una situación indigna que me llevó a plantearme si merecía la pena seguir".

Cuando los centros de día abrieron, "los abuelos volvieron en sillas de ruedas, con pañales, desmemoriados, pérdida de tono muscular, úlceras por presión" (Silvia, directora centro de día y noche privado, C191). Ana (C104), gestora de un centro de día privado, explica que "el primer mes que abrimos fue como volver a empezar (…) si uno andaba con el bastón, empezamos a andar con andador". Incluso, explica, tuvieron muchas bajas de personas usuarias porque ya no era el recurso adecuado. Venancio, gerente de centro de día privado dice que tuvieron entre un 17 y un 20% de bajas y que la soledad afectó de forma perjudicial a las personas con deterioro cognitivo:

> Una de las cosas que nos hemos encontrado y que ha sido más significativa, y para nosotros más triste y dramática, es que nos hemos encontrado situaciones de personas que, en estos

> pocos meses, pues, han sufrido un deterioro que les han impedido volver al centro como recurso, es decir, han pasado a un nivel diferente de recurso. (Venancio, C092)

Finalmente, hay que destacar que la pandemia también ha tenido un impacto en la salud de las familias que tuvieron que asumir el cuidado. Los familiares de usuarios de centros de día, si bien asumieron bien inicialmente el cuidado, al cabo de unas semanas deseaban la reapertura del centro: las personas que, sobre todo cuidadores que son pareja, que es un matrimonio, pues el marido o la mujer, el que era el cuidador, decían que estaban agotados, explica Ana (C104), gestora centro de día privado; o personas que incluso habiendo rechazado o teniendo suspendido el SAD "no llegaban por sus propias limitaciones físicas o psicológicas, con un nivel de sobrecarga y una exigencia brutal" (Luz, trabajadora social de servicios sociales básicos, C052).

3.5.4. ESTRATEGIAS DE BÚSQUEDA DE APOYO EMOCIONAL

Acerca de las estrategias de apoyo emocional y mecanismos de escape que se utilizaron para sobrellevar esta situación, entidades, empresas y ayuntamientos pusieron a disposición de las trabajadoras de atención directa apoyo psicológico desde la primera semana del estado de alarma: "las psicólogas han realizado una labor de apoyo fundamental a las auxiliares" (Paulina, coordinadora de un centro de día público, C093). También se activaron canales de comunicación vía WhatsApp para dar apoyo emocional a las trabajadoras y en algunas entidades también se organizaron acciones específicas sobre gestión emocional postcovid.

Eulàlia (C004*), gestora del servicio de asistencia personal, comenta que se dieron orientaciones, formación y apoyo a los asistentes personales, y se realizaron reuniones virtuales "para hacer un seguimiento de la situación y apoyarlos". Unos apoyos que son reconocidos por los asistentes personales, como Vicenç (C020*), que comenta que "nunca habían hecho reuniones de asistentes personales y nos han dicho que ahora harán una al mes por videoconferencia"; o como María Fernanda (C028) explica que "desde la fundación me han llamado mientras estaba de baja". También se valora de forma positiva, "el trabajo y el trato por parte de los técnicos [de entidad], sin los cuales este trabajo no sería posible", manifiesta Valentina (C029), como asistente personal. Candela (C006), trabajadora familiar, explica que con las coordinadoras se siente muy apoyada: "les llamas y sientes que no estás sola. No es que tú vas sola a domicilio y bueno... no. Cualquier cosa las llamas y las tienes allí. Yo me siento muy apoyada con ellas".

En todos los servicios, las estrategias de apoyo mutuo entre las trabajadoras fueron fundamentales para afrontar la situación. Esta atención especial y de cuidado a los equipos profesionales, también se aplica a los centros de servicios sociales, en los que también se ha concentrado una carga de trabajo principalmente en torno a la atención a personas usuarias, modificaciones y adaptación de las pautas de trabajo a la nueva normalidad y organización del trabajo de las auxiliares. Por ello, una de las trabajadoras sociales, también reconocía la necesidad de descansar y cuidarse entre ellas:

> Ha sido una montaña rusa de sentimientos y de emociones, pero hemos tenido raticos de descanso porque… 'mira hoy me voy a quedar en mi casa y me voy a dedicar a leerme la normativa; cuando me la haya leído os la explico y os la resumo, pero es que psicológicamente no puedo más'. Eso lo hemos hecho. (Claudia, trabajadora social de servicios sociales básicos, C287)

Silvia (C191), directora de un centro de día privado, hace hincapié en la unidad de los equipos, donde, a pesar de los sentimientos de soledad respecto a las Administraciones, todo el equipo

de su centro estuvo "remando juntos". Una valoración que también comparte, Carmen, directora servicios sociales básicos:

> Yo me he sentido muy sola. Nosotros tenemos un grupo de WhatsApp, de directores. O sea, en Granada, estamos 14 centros de servicios sociales de diputación, tenemos un grupo de WhatsApp. El grupo echaba fuego, todo el día. Entonces, bueno para mí o para todos fue el mayor apoyo entre nosotros: 'bueno voy a hacer esto'. (Carmen, C190)

Este sentimiento de equipo contrasta con el trabajo realizado en los domicilios ya que, el hecho de no tener un centro de trabajo, se dan pocos espacios de relación entre trabajadoras:

> Yo como trabajadora tengo mucho más miedo trabajando en un SAD que en una residencia, porque aquí [residencia] tengo el calor de los otros. Lo otro es: 'yo, con mi capucha y cómo puedo'. Porque no tienen esta comunicación que hay aquí, que uno se apoya en el otro, 'bueno, no pasa nada', este 'venga que todos podemos', esta lucha en conjunto. En un SAD, no. (Lidia, gerente empresa gestora SAD, C025*)

Varias de nuestras entrevistadas destacaban el apoyo recibido por parte de sus propias compañeros y compañeras, mediante la comunicación vía WhatsApp. Vicenç (C020*) señala la importancia del apoyo mutuo entre profesionales a través de "un grupo de WhatsApp de asistentes personales donde intercambiamos información y consejos sobre la covid-19". O Candela (C006), trabajadora familiar, que dice que "tenemos un grupo de WhatsApp, hecho con todas (…) donde se comunica, nos comunicamos. Están todas allí". Y hay que mencionar el inestimable apoyo emocional que recibían por parte de su familia, también consciente del difícil y agotador papel que le había tocado asumir en la pandemia:

> [Mi familia] yo veo que ahora me apoyan más todavía, han visto que me he hecho más fuerte, digámoslo así. Esto hace, el estar cuidando a personas mayores, hace que veas de otra manera las cosas (…). Ellos pensaban que, claro, yo tengo el trabajo más complicado [y] ellos me apoyaban muchísimo más que yo a ellos. (Natividad, auxiliar de ayuda a domicilio, C049)

También cabe destacar el apoyo emocional y material que, en la mayoría de los casos, han tenido por parte de las personas cuidadas y sus familiares. Silvia (C191), directora de un centro de día privado, explica los ánimos que les daban los familiares a pesar de haber perdido a un ser querido: "'Seguid adelante, no os preocupéis, esto es una guerra, pero vamos a ganarla'. Y, es bonito, porque te lo está diciendo alguien que ha perdido lo que más dolía perder, que es un padre o una madre".

En otros casos, el autocuidado se ha puesto todavía más en evidencia con la pandemia, como comenta Vicenç (C020*), asistente personal: "la covid-19 ha puesto en evidencia la importancia de encontrar el equilibrio entre la cercanía para poder hacer este trabajo y la distancia para preservar tu vida personal", o Luciana (C018), asistente personal, que por su parte señala que "mi manera de cuidarme en este trabajo es haciendo ejercicio físico como andar o zumba, estas actividades me permiten relajarme y despejarme".

3.6. "NOSOTRAS NO EXISTIMOS". VALORACIÓN DEL CUIDADO

Durante la crisis generada por la covid, la invisibilidad y la falta de reconocimiento social de los trabajos de cuidado se ha puesto en evidencia, tanto por la forma en que se ha gestionado la pandemia, como por la invisibilidad reflejada también en los medios de comunicación. Esta percepción, cabe decir, se contrapone con la valoración que las trabajadoras hacen de su propio trabajo y con el reconocimiento por parte de la persona cuidada. En este apartado mostraremos los mecanismos que contribuyen a invisibilizar el cuidado que ofrecen los servicios analizados, el papel de los medios de comunicación y la valoración del cuidado por parte de la persona usuaria y su entorno.

3.6.1. MECANISMOS QUE CONTRIBUYEN A INVISIBILIZAR EL CUIDADO Y EL PAPEL DE LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN

Las narraciones de las personas entrevistadas han hecho hincapié en la invisibilidad que ya tenían los trabajos de cuidados. Esta falta de valoración se refleja en las precarias e injustas condiciones laborales de los empleos, como comenta María Fernanda (C028), asistente personal: "Creo que este trabajo debería estar más reconocido por parte de la sociedad y a nivel salarial, ya que lo que yo hago es esencial para la supervivencia de los usuarios". Asimismo, hay un desconocimiento de la existencia de estos trabajos profesionalizados, por parte de la sociedad, que se siguen asociando a "las simples mujeres que acompañan a los abuelos" (Maia, miembro Plataforma SAD Catalunya, C188*). La percepción, errónea, dice María Teresa (C151), directora de servicios sociales básicos, es que "el cuidado es voluntario, el cuidado no tiene que tener estrategias, el cuidado no tiene que tener una metodología, el cuidado es yo te doy de comer, te traigo comida y ya te estoy cuidando".

En varias ocasiones, en algunos municipios, durante el confinamiento, la Guardia Urbana paraba a las trabajadoras del SAD y les decían: "bueno, y usted ¿qué es y eso qué es?", explica Neus (C026*), gestora de SAD, e incluso multaron a dos profesionales. La solución fue que las profesionales llevaran unos chalecos identificativos para "parar la tensión que teníamos por la calle" (Helena, trabajadora familiar, C008*). Bárbara, auxiliar de ayuda a domicilio, también manifiesta su indignación respecto a la poca consideración de su trabajo durante la pandemia:

> Esto es como cuando vas, por ejemplo, a un centro comercial y a los cajeros, reponedores y tal: 'oye pues que bien lo que han hecho, como han estado al pie del cañón', se les reconocía, y a las personas que habían estado limpiando el centro comercial no se les reconocía. Se les reconoce a los maestros, y a los conserjes y a las limpiadoras no se les reconoce. Se reconoce a los cirujanos, a los doctores, a los enfermeros y a los sanitarios. Y a las sociosanitarias, pues no se nos reconoce ¿por qué? Bueno no sé, porque en domicilio muchas personas piensan 'pero en domicilio ¿qué hacen? ¿Pero están contratadas? ¿O qué son, de estas que van por horas?' (…) Yo no salvo vidas, yo no he salvado ninguna vida, vamos no me he tenido que ver en ese… claro, pero ¡jolín! ayudas mucho, tanto física como psicológicamente. (Bárbara, C090)

Las personas entrevistadas denuncian que durante la pandemia el foco social, político y mediático se puso en los servicios residenciales y en los servicios sanitarios, prestando poca atención al resto de servicios de cuidados, a pesar de su importancia. Como comenta Helena (C008*), trabajadora familiar: "sanidad estaba muy volcada con los hospitales, pero no estaba volcada con la protección de los servicios sociales". Neus, gestora de SAD así lo expresaba:

> Yo recuerdo firmar documentos, que era bastante estúpido, para decir que había una furgoneta que iba hacia mi dirección para darnos mascarillas quirúrgicas porque nosotros éramos personal necesario, pero no hospitalario. Por lo cual ... el 'pero no hospitalario', entenderéis que ya teníamos las de perder. Claro, antes la mascarilla iba a un hospital que a nosotros, porque era un tema de orden de preferencias y de prioridades, éramos inexistentes. Por lo tanto, evidentemente, intentar explicar a alguien que nosotros éramos personas que íbamos a casas que necesitábamos mascarillas igual que en el hospital, ¡era bastante difícil! (Neus, C026*)

Atendiendo al reconocimiento social del personal sanitario durante el estado de alarma, en las entrevistas se plantea que también se debería reconocer estos servicios por haber estado desde el primer momento atendiendo a personas vulnerables, tanto las auxiliares de SAD que siguieron acudiendo a algunas casas, como las auxiliares de los centros de día que muchas dieron apoyo en las residencias u otros servicios de atención a la dependencia. Tal y como expresa Iñaki Martínez (C030), presidente de la Asociación de Profesionales de la Asistencia

Personal: "hemos estado expuestos y sin estar valorados". María Jesús Costa (C120*), responsable Instituto Municipal de Servicios Sociales de Tarragona muestra su indignación frente la falta de reconocimiento a pesar del volumen de trabajo que han tenido: "nosotros aquí, invisibilizados, como si no fuéramos nadie y como si no estuviéramos haciendo nada. (…) Hemos estado allí a tope, a pesar de todo, y no salimos a ninguna parte". Además, de tareas esenciales e imprescindibles, las situaciones a veces han sido muy complicadas, con unas necesidades que se han multiplicado. Y la situación es digna de queja si tenemos en cuenta lo que expresa Sonia (C121*), coordinadora de SAD: "hay muchas personas que viven solas, a diferencia de las residencias, y si no iba una trabajadora familiar, no iba nadie. Ya sabíamos que eran importantes, pero es que ahora, más que nunca".

La gestión política realizada por parte de los responsables de la Administración también responde a esta invisibilidad y falta de reconocimiento: "hemos estado ausentes de cualquier reconocimiento, lo cual indica el valor que se nos da. Los usuarios, los mayores, muchísimos nos necesitan (…) se tenía que haber exigido que somos servicios básicos" (Blanca, trabajadora social de servicios sociales básicos, C151). Al inicio de la pandemia no reconocieron los servicios de atención a la dependencia como servicios esenciales, a pesar de la reivindicación de distintos agentes, como comenta Maia (C188*), de la Plataforma SAD Catalunya: "es un servicio que nos decían que no era esencial. Ahora han vuelto a decir que sí que somos esenciales. Cuando la problemática apura y aprieta, ahora sí, somos esenciales". Precisamente la declaración de servicios mínimos en el SAD o el cierre de centros de día y centros de servicios sociales tuvo consecuencias para las personas atendidas y sus familiares y muestra la esencialidad de estos trabajos. Así lo comparte Joaquín Santos, gerente del Instituto Aragonés de Servicios Sociales:

> Dos o tres factores creo que están ahí, el uno es evidentemente voluntad política y técnica, quiero decir, que los técnicos de los servicios estuvieran convencidos de que tenían que estar dando el callo y que era esencial que estuvieran trabajando, si se ha apoderado el miedo pues yo creo que es posible que eso sea un factor, aunque no el único, lo mismo que al nivel de la responsabilidad política que en algunos casos yo creo que… bueno, no sé exactamente por qué pero han decidido que esto lo tenían que reducir y en algún caso, ha habido como dos.. había como datos, teníamos datos de horas que se estaban dando y en Zaragoza capital ha habido mucha renuncia de ciudadanos que tenían miedo y no querían que fuera, entonces tuvieron un descenso muy muy importante del volumen de los de ayuda a domicilio. (Joaquín Santos, C134)

Elena (316), activista del Movimiento de Vida Independiente, opina que la renuncia a recibir atención por el miedo al contagio ha puesto en evidencia su carácter esencial y los efectos de no tener el servicio, como el deterioro en las relaciones, la infantilización y pérdida de la autonomía de la persona con diversidad funcional: "si toda la gente que hay alrededor está protegiéndome de alguna manera a este nivel es porque hay una amenaza muy grande exterior. Entonces la pérdida de autonomía parecía como justificada". Patricio (C047), gestor de SAD, reflexiona sobre esta cuestión y opina que "hay que buscar ese equilibrio, entre el recurso y la necesidad de recurso y la protección a nivel sanitaria y de salud que necesitan".

Otras medidas que reflejan esta invisibilidad es que a nivel estatal se reconocieron las suspensiones totales (pero no parciales) de los contratos de los servicios con las Administraciones públicas, dejando descubierto al SAD, ya que no estuvo cerrado, ni abierto al cien por cien, debido a las suspensiones:

> El SAD no ha sido definido a nivel contractual como se había de abordar toda su casuística legal en base a los contratos y los profesionales. Es decir, hemos sido el gran olvidado. (Pedro, gestor de SAD, C010*)

Posteriormente, la consideración de contagio comunitario, que significa unas consecuencias económicas derivadas de las bajas laborales; o la exclusión de las trabajadoras del SAD de la paga extraordinaria por parte de las Administraciones, a pesar de ser personal esencial durante la crisis, también pone en evidencia esta falta de reconocimiento y valoración del trabajo:

> Subir un poquito el sueldo o, incluso, por estos momentos tan malos. Porque nos lo hemos ganado (…) Nosotros no hemos parado. Entonces, igual que a los enfermeros y a los policías y a quien haya sido, les han dado un plus por estar ahí, nosotros también hemos estado ahí y no ha sido reconocido. (Natividad, auxiliar de ayuda a domicilio, C049)

Helena (C008*), trabajadora familiar, expresa indignada que han recibido una carta de reconocimiento por parte del ayuntamiento pero que no les dan ni materiales, ni les han facilitado espacios para descansar, desayunar o ir al baño. La invisibilidad y la falta de medios para realizar el trabajo genera rabia e impotencia entre las profesionales. Así lo expresa Neus (C026*), gestora de SAD, cuando recuerda a una de las profesionales que decía: "¿por qué las de las residencias tienen la mascarilla y yo no? ¿Es que me estás diciendo que soy menos que ellas?". En esta misma línea Iñaki Martínez, presidente de la Asociación de Profesionales de la Asistencia Personal, comenta que la falta de regulación a nivel de medidas de protección evidencia la falta de reconocimiento profesional:

> Esto ha pillado de nuevo a todo el mundo, pero se podía haber hecho más cosas para que trabajáramos de manera más cómoda. Es decir, sabiendo las pruebas y las pruebas, sobre todo si es la serológica, con los anticuerpos, pues ya de ahí ya ves si te hace falta una EPI o no te hace falta, si se hubiera hecho pruebas también a los usuarios pues también, ahí puedes ya establecer unas pautas de trabajo ya distintas. Y esas son básicamente las cosas que se han echado en falta, se ha evidenciado eso, que la profesión no existe. (Iñaki Martínez, C030)

El trabajo de cuidados no parece ser entendido y valorado por el conjunto de la sociedad en su capital importancia, muchas veces silenciado en los medios de comunicación y en los propios discursos políticos y mediáticos:

> Era una constante diaria, el que no se nombraban [en las noticias] como servicios esenciales. Todos entendemos que los servicios sanitarios eran servicios esenciales, que la policía local son servicios esenciales; se empieza a nombrar también, los servicios de abastecimiento, los supermercados y demás también son servicios esenciales, los transportistas, son servicios esenciales. Todos los días, yo personalmente pensaba: 'A ver cuando se nombre el servicio de atención domiciliaria'. No se nombraba, es una profesión que no se conoce, tenemos un problema de visibilidad ahí importante. (Carmen, directora de servicios sociales básicos, C190)

Asimismo, Natividad (C049), auxiliar de ayuda a domicilio, se lamentaba del escaso espacio que han tenido en los medios de comunicación, a pesar de que el riesgo al que han estado expuestas puede asimilarse al de los profesionales sanitarios. El foco mediático se puso en las residencias porque estaban muriendo personas mayores, o en el cierre de los colegios, "¿Pero las que se han quedado en su casa y no han podido salir? ¿Y las que han tenido un recurso y se le ha dejado de prestar?" se pregunta Inma (C061), trabajadora social de servicios sociales básicos, indignada. Por otro lado, Ramon Lamiel (C036), gerente del Instituto Municipal de Personas con Discapacidad de Barcelona comenta como a pesar de cómo está afectando la covid a las personas con discapacidad, su situación no se ha visibilizado en la opinión pública en la que "toda la atención social estaba centrada en las personas mayores". Además, explica que "los materiales que se elaboraban desde el ayuntamiento no eran accesibles para las personas con discapacidad visual o auditiva".

De esta manera, hay una sensación general de falta de valoración durante la pandemia tanto por parte de la sociedad como por parte de la clase política hacia el ámbito de los servicios de atención a la dependencia. Eso sí, el discurso de las trabajadoras y las gestoras nos muestra una alta valoración personal hacia la importancia del trabajo que realizan, "se han comportado como auténticas profesionales" (Rita, coordinadora de SAD, C031*), lo que no quita para que reivindiquen unas necesarias condiciones salariales y laborales o una formación más extensa y exigente, como veremos en el apartado de reivindicaciones.

En los servicios de cuidados han sido las mujeres las que han sostenido la crisis, a pesar de las malas condiciones laborales, comenta Helena (trabajadora familiar, C008*). En el entorno familiar han sido mayoritariamente las mujeres, hijas o nueras, las que han asumido los cuidados, las que han realizado las tareas como proporcionar alimentos, e incluso han desarrollado el rol de supervisoras del SAD, coordinándose con las auxiliares. Esto, por un lado, pone de relieve la continuidad del imaginario social de que mientras seas mujer, puedes cuidar. Así lo explica Ana, directora de un centro de día privado, comentando que este trabajo no se valora porque se presupone que "todo el mundo puede hacerlo" y esto le resta valor y profesionalidad:

> No es cuidar a tu abuelo, es ir a otra persona que no conoces, que necesita sus tiempos para que te conozca, porque tiene sus miedos, tiene sus vergüenzas y todo eso hay que enseñarlo, de cómo tratarlo, no es tu abuelo que te ha visto todos los días y que estás un ratito con el… esto es otra cosa totalmente diferente. (Ana, C104)

La pandemia también ha tenido una incidencia en la percepción y la valoración de las actividades de cuidados (atención personal y tareas domésticas) y su importancia como dimensiones del cuidado. Anteriormente, hemos hecho referencia a que, en el caso del SAD, a pesar de la diferenciación normativa de las actividades domésticas y personales, a menudo, la delimitación de tareas suscita tensiones, dado que las actividades no quedan bien delimitadas, o bien fragmenta el cuidado. Tal y como hemos explicado, en relación con las medidas adoptadas para evitar el contagio, se suspendieron servicios, ya sea a petición de la persona usuaria y sus familiares o por indicación de los ayuntamientos. Muchas de estas actividades suspendidas fueron las relacionadas con las tareas domésticas, la limpieza de los domicilios, aspecto que no se ha valorado positivamente:

> Se redujeron al mínimo, tareas domésticas no se prestaban, solamente de carácter personal (aseo e higiene personal, ayuda en el vestir, ayuda en las movilizaciones, todo eso). Es una cosa que yo no entiendo, por qué no se considera prioritario una tarea doméstica, no lo entiendo realmente. Es verdad que, si tienes que elegir entre una cosa y otra.... Pero también es necesario que haya una higiene mínima para mantener a esa persona en unas condiciones de calidad y de dignidad. No entiendo por qué no se priorizaron esos servicios. (Inma, trabajadora social de servicios sociales básicos, C061)

Otras veces, se ha priorizado la limpieza de la casa, ya sea a petición de los usuarios, ya que la desinfección cobró especial importancia. Esta decisión para las trabajadoras implicó una menor consideración a la atención, cuando precisamente era la mayor necesidad, que estuvieran atendidos también a nivel personal:

> A lo mejor otras personas te dicen: 'no, ahora en casos de pandemia nada más que para limpiar la casa y no voy a hacerles la estimulación cognitiva…'. Pues yo, ahora mismo, en vez de limpiar, limpiar y limpiar… Limpio una hora y a la otra hora estoy con ellos haciéndoles la estimulación cognitiva, aunque esté a dos metros de distancia. (Natividad, auxiliar de ayuda a domicilio, C049)

Sin embargo, en otros casos no se ha realizado la limpieza porque las personas ya estaban atendidas por sus familiares, o bien porque lo que necesitaban era compañía, como relata

Miguel (C193), auxiliar de ayuda a domicilio: "otros usuarios que tengo, no me han dejado prácticamente hacer nada en la casa, ni limpieza, nada más que entrar, estar allí a su lado y hablar, más que nada les hago compañía".

La crisis ha visibilizado estos trabajos y ha hecho que se les de valor. Así lo expresa Neus (C026*), gestora de SAD: "una de las cosas buenas que ha tenido el coronavirus, es que ha visibilizado un trabajo de cuidado que no estaba visibilizado". En esta misma línea Rita (C031*), coordinadora de SAD, comenta que la crisis "ha permitido arrojar luz y ver la tarea real y esencial que hacen estas trabajadoras". O como expresa Vicenç (C020*), asistente personal: "notas que la gente valora más este sector por todo lo que se ha visto (...) supongo que eso la gente lo ha visto, es un trabajo de plena dedicación, que te estás jugando la vida y creo que se está dando ahora más valor del que tenía". Una apreciación que no es compartida por Iñaki Martínez (C030), presidente de la Asociación de Profesionales de la Asistencia Personal, quien considera que a nivel social la asistencia personal se desconoce igual. Otra cuestión que ha visibilizado la pandemia es la importancia de los vínculos y las redes sociales de los propios cuidadores tanto en el ámbito remunerado como no remunerado.

3.6.2. VALORACIÓN DEL CUIDADO POR PARTE DE LA PERSONA CUIDADA Y DE SU ENTORNO

La situación de crisis ha repercutido en un mayor reconocimiento del valor del trabajo de cuidado por parte de las personas cuidadas, situación que contrasta con esta falta de reconocimiento a nivel social y político y de la nula presencia en los medios de comunicación. Las trabajadoras del SAD expresan que la situación de crisis ha hecho que algunas personas usuarias valoren más sus tareas. Ángela (C064), auxiliar de ayuda a domicilio, destaca los agradecimientos recibidos y dice que "fueron un poco más humanos que otras veces; es que no hubo peleas, es que no hubo enfados". También los familiares que antes de la pandemia continuamente se quejaban "se han dado cuenta del buen trabajo que hacen con sus padres, suegros o abuelos, las personas que van todos los días a trabajar con ellos" (Blanca, trabajadora social de servicios sociales básicos, C151). Esto nos recuerda que en una situación de normalidad a veces no hay un reconocimiento de la labor que realizan las profesionales, y esto les supone una fuerte carga mental. Muestra de ello son las relaciones de poder que se dan por parte del usuario sobre la trabajadora, o la reducción del trabajo a las tareas más domésticas:

> ¿Qué ocurre? Que a veces se sienten poco valoradas por el usuario que atienden, porque a veces ese usuario no se porta bien con ellas, porque ese día, por ejemplo, le ha dicho a la trabajadora de limpiar los cristales… quiero decir de manera exigente. (Amalia, trabajadora social de servicios sociales básicos, C091)

La valoración del trabajo también se ha producido por parte de las personas usuarias del SAD que, por el vacío que generó la suspensión de servicios, quedaron sin atenciones; o en el caso de los familiares que tuvieron que asumir ellos mismos las tareas, lo han puesto en valor. Para las personas que ya estaban satisfechas con el servicio antes de la pandemia, la confianza y el vínculo con la persona cuidada es un aspecto que las trabajadoras resaltan como clave para la buena valoración que los usuarios han hecho del servicio. Las quejas vinieron más por la falta de medidas de protección:

> Los familiares, bien confían en ti, porque ellos tampoco se pueden mover en ese período. Entonces sobre ti cae toda la responsabilidad, de tenerlos cuidados, de atenderlos bien (…) los usuarios eran comprensivos porque confían mucho en ti, tú eres su apoyo. (Karina, auxiliar de ayuda a domicilio, C068)

> Hemos tenido más quejas por temas de EPI: '¿cómo se puede dejar a las trabajadoras familiares ir a un domicilio con una mascarilla quirúrgica?, ¿cómo es que no le ponen más cosas?, ¿cómo es que no van protegidas o no hacen una PCR [reacción en cadena de la

> polimerasa]?, ¿qué garantías me puede dar como empresa que la trabajadora que viene a cuidar a mi padre no tiene covid?'. (Ester Quintana, Instituto Municipal de Servicios Sociales de Barcelona, C012*)

Vicenç (C020*), asistente personal, valora positivamente el reconocimiento recibido de la entidad y de los usuarios, así como de su propia familia y amigos, a la vez que reivindica: "espero que este reconocimiento se mantenga". En este mismo sentido se manifiesta María Fernanda (C028), asistente personal, cuando afirma: "mis usuarios me han dado las gracias por mi trabajo, como siempre hacen". O el caso de Silvia, directora de un centro de día privado, que se muestra agradecida por las muestras de apoyo recibido:

> He recibido cartas anónimas de apoyo; la echaban por debajo de la puerta del centro. Cartas que decían que estábamos haciendo una labor preciosa, que sigamos adelante, que esto es muy duro, pero que estamos en la barrera de la batalla. (Silvia, C191)

La valoración de las personas usuarias de los servicios también se refleja en la buena aceptación que han tenido de la reorganización de los servicios. Por ejemplo, en cuanto a las suspensiones del SAD o al cierre de los centros de día, los familiares "lo agradecieron y se quedaron más tranquilas de que los familiares se quedaran en el domicilio", explica Paulina (C093), coordinadora centro de día público. Sin embargo, esta buena aceptación inicial se fue transformando en negativa a lo largo del tiempo sin servicio, sobre todo para los familiares:

> Cuando ya se reanudó el servicio, la gente sí que estaba agradecida, fue mucho tiempo casi sin ayuda; esa llamada fue muy bienvenida. Es que las familias tenían una sobrecarga importante, porque si para todos el coronavirus ha sido un impacto, para las personas que han tenido un dependiente en casa lo ha sido todavía más. (Blanca, trabajadora social de servicios sociales básicos, C151)

Otro indicador de la satisfacción de los usuarios y familias es que la mayoría han aceptado los cambios de profesionales o de horarios necesarios para reorganizar los servicios, cuando en condiciones normales, suele ser un aspecto problemático:

> La mayoría de la gente no quiere cambios y demás, pero, yo creo que la mayoría de la gente cuando ha sido tema del covid, es como que lo ha aceptado bien (…) El tema es que llamabas de hoy para mañana. Que hoy te llamo, que, en el lugar de irte tres horas al día, te vamos a ir dos o te vamos a ir hora y media, pero la gente ha sido muy muy comprensiva y lo ha entendido bien. (Víctor, director servicios sociales básicos, C174)

Los gestores consideran que en esta buena aceptación y agradecimientos fue porque dieron una buena respuesta a la situación de crisis, haciendo un seguimiento telefónico en los casos de suspensión de los servicios:

> Hemos recibido muy pocas quejas y muchos agradecimientos (…) porque hemos llegado cuando hacía falta llegar y porque los hemos llamado mucho, quiero decir, no íbamos, pero los llamamos. (Neus, directora entidad gestora SAD, C026*)

3.7. "NO SOLO DAR PALMADITAS EN LA ESPALDA". MOVILIZACIONES, DEMANDAS Y REIVINDICACIONES DEL SECTOR

La actual pandemia ha mostrado con total claridad la necesidad de mejorar las condiciones del sector de los cuidados, invisibilizado social y mediáticamente, pero sin duda merecedor de las más decididas políticas de mejora. Un aumento en la remuneración del sector y una mejora en los convenios, y también de su estatus como auxiliares de ayuda a domicilio, son reivindicaciones recurrentes. En este apartado recogemos las principales demandas y reivindicaciones de las trabajadoras, organizaciones sindicales y movimientos sociales.

3.7.1. ORGANIZACIÓN DE LAS TRABAJADORAS Y LAS GESTORAS DE SERVICIOS DE CUIDADOS

En relación con la organización de las trabajadoras para efectuar demandas y denuncias, destacamos que hay poca movilización social porque "el sistema [de servicios sociales] es nuevo, el sistema es débil, es frágil", opina María Teresa (C155), directora de servicios sociales básicos, lo cual tiene un impacto negativo en el empoderamiento profesional. Aunque hay manifestaciones organizadas por sindicatos y plataformas en el espacio público para reclamar mejoras en el sector, como dice Raquel (C044*), coordinadora de SAD: "la verdad es que no tiene mucho eco porque la gente tiene que ir a trabajar". En el caso del SAD, el hecho de que no exista un mismo espacio de trabajo para las trabajadoras no propicia la relación entre ellas para poder organizarse y hacer demandas:

> En estos momentos nadie se manifiesta. No hay movilización. Y luego, las auxiliares tienen un problema, que es que no se conocen, digamos, no van a una fábrica a trabajar y allí hacen, hablan, comentan… 'Yo estoy en esta situación, tú en la otra'. No, no hay posibilidad de que haya un diálogo entre ellas para que sepan que pueden moverse o quieran hacerlo o que entre ellas puedan llegar a movilizarse y pedirle al Gobierno que haga unos convenios como Dios manda. (Amalia, trabajadora social de servicios sociales básicos, C091)

Por otro lado, Maia (C188*), activista de la Plataforma SAD Catalunya, explica que, a pesar de que el deber de las Administraciones es denunciar a las empresas si no se cumplen los pliegos de contratación (y no lo hacen), puntualiza que algunas trabajadoras cuando lo han denunciado, no ha significado la aplicación de ninguna mejora: "les ponen 600 euros de multa a la empresa y aquí no ha pasado nada". Además, explica que, debido a su precariedad laboral, si protestan, tienen miedo que esto pueda repercutir negativamente en sus condiciones laborales. Esto mismo explica Rita (C031), coordinadora de SAD y miembro del comité empresa, que muchas veces el convenio no se cumple y las trabajadoras tienen miedo a denunciar. En general las trabajadoras, dice, no están empoderadas, no reclaman sus derechos, y remarca la importancia de tener delegados sindicales en la empresa para poder hacer presión. A nivel de empresas y entidades, Neus, gestora de SAD, denuncia que, debido a la externalización del servicio a grandes empresas, las mesas de incidencia son prácticamente inexistentes, y las que hay están vinculadas a las patronales:

> Las plataformas que hay a fecha de hoy trabajan el SAD de manera colateral, pero no central. Yo no conozco ninguna central que trabaje el servicio de atención domiciliaria como tal (…) no es que no sepan nada del servicio de atención domiciliaria, sino que no es un punto que tengamos en común. (Neus, C026*)

3.7.1.1. LA VOZ DE LA ASOCIACIÓN DE DIRECTORAS Y GERENTES DE SERVICIOS SOCIALES

José Manuel Ramírez (C241), presidente de la Asociación de Directoras y Gerentes de Servicios Sociales, explica que "la covid ha representado un auténtico destrozo en el Sistema de Atención a la Dependencia (…) ha sido desbordado por estas tres razones: por la desidia e impericia de los gobernantes, por los procedimientos burocráticos inmisericordes con los dependientes y por la falta de capacidad de compromiso y actuación del sector profesional y también del sistema". Recogemos aquí algunas propuestas presentadas por la Asociación de Directoras y Gerentes de Servicios Sociales al grupo de trabajo de políticas sociales y sistema de cuidados de la Comisión para la Reconstrucción Social y Económica en el Congreso de los Diputados del día 5 de junio de 2020. Debido al retroceso del sistema de atención a la dependencia a causa de la crisis del coronavirus y del estado de alarma (aumento de personas sin prestaciones y pendientes de valoración), se reivindican medidas urgentes para atender a las personas en lista de espera o pendientes de valoración; reanudar las valoraciones de dependencia; aumentar la financiación de los servicios; simplificar los procedimientos;

reorganizar el SAD para ajustar con nuevas intervenciones a las personas beneficiarias y/o a otras nuevas usuarias y asegurar la atención a las cien mil personas en situación de dependencia beneficiarias de centros de día (cerrados). Además, otras de las cuestiones que se recogen de la comparecencia para mejorar el sistema de dependencia son: mejorar los procedimientos administrativos para la puesta en marcha de las prestaciones reconocidas mediante la prescripción social del profesional de referencia; aumentar los servicios de teleasistencia domiciliaria para aquellos mayores de 65 años; promover la complementariedad de las acciones del tercer sector; incorporar a los equipos asesores de expertos de los gobernantes a profesionales especialistas en la gestión de los servicios sociales; evaluación de la eficacia y la eficiencia del sistema tanto en su atención primaria como especializada en base a parámetros e indicadores comunes a todas las comunidades autónomas.

3.7.1.2. EL PAPEL DE LOS SINDICATOS

Los sindicatos que defienden los derechos de las trabajadoras del sector reivindican mejoras a nivel salarial y de condiciones laborales y el reconocimiento de la profesión. En el caso catalán y aragonés, las mejoras en los convenios del SAD son un avance, pero a nivel sindical se denuncia que el aumento de los salarios no significa una mejora si no va acompañada de una ampliación de los contratos a jornada completa, aunque esto no lo condiciona la empresa, sino las condiciones del servicio. Como consecuencia del modelo de organización del trabajo, que se basa en las horas concedidas de prestación del servicio, la mayoría de las profesionales tienen contratos parciales, ya que los servicios se suelen concentrar a primera hora de la mañana. En un caso nos explican que cuando se ha hablado con servicios sociales y empresas para poder flexibilizar los horarios de servicio y no concentrar los servicios en una misma hora, la respuesta ha dependido de cada ayuntamiento. Es interesante destacar también que las denuncias presentadas en relación a las condiciones laborales, son para todas las organizaciones prestadoras del servicio, independientemente de la tipología jurídica que tengan (sociales o mercantiles). En el caso de Aragón, un sindicato señalaba la necesidad de avanzar socialmente en los servicios sociales, con más innovación y menos pragmatismo.

Durante la pandemia, la presión de los sindicatos fue clave para la movilización y la protección de los trabajadores. Los sindicatos pusieron denuncias contra casi todas las empresas a Inspección de Trabajo por el déficit de medidas de protección y de pruebas serológicas o pruebas diagnósticas de reacción en cadena de la polimerasa (PCR). También, en el caso de Cataluña, se solicitó suspender la bolsa de horas para que no se tuvieran en cuenta las horas de los servicios no realizados.

Las trabajadoras del SAD tienen más conciencia sindical que las trabajadoras en residencias, aunque no en todos los municipios o comunidades autónomas se movilizan igual. Sin embargo, desde la pandemia, han aumentado las afiliaciones y la participación en las elecciones sindicales que han tenido lugar durante este período, como consecuencia del acompañamiento que han realizado y también porque las trabajadoras han tomado más conciencia.

Queremos destacar el nacimiento de sindicatos formados por las propias trabajadoras que se están movilizando para garantizar los derechos laborales de las trabajadoras del SAD. Es el caso de: Sindicato S.A.D de cuidadors municipals en Cataluña, que nace a finales de 2020 con la voluntad de tener una voz independiente de los sindicatos mayoritarios. Defienden, entre otras cosas, recuperar la contratación directa del servicio desde el ayuntamiento, velar por el cumplimiento de la normativa de prevención de riesgos laborales, acabar con la temporalidad y parcialidad de los puestos de trabajo en este sector, o denunciar las prácticas irregulares: "Para cambiar la actual situación de abuso es necesario emprender acciones y propuestas

unidas, en coordinación y cooperación con asociaciones y plataformas afines" (Sindicato S.A.D de cuidadors municipals en Cataluña)[28].

3.7.2. DEMANDAS Y REIVINDICACIONES DEL SECTOR

El impacto de la covid ha visibilizado la precariedad laboral, va a forzar la colaboración sociosanitaria y ha hecho aflorar lazos comunitarios. Estos son puntos positivos de la crisis. A continuación, exponemos las principales reivindicaciones de gestoras y trabajadoras. En primer lugar, las generales y a continuación aquellas que la pandemia ha reforzado.

3.7.2.1. REIVINDICACIONES DE GESTORAS Y TRABAJADORAS DE CARÁCTER GENERAL

Condiciones laborales

Aumentar las plantillas de personal para garantizar la organización (servicios sociales), aumentar los salarios del personal del SAD y asistentes personales, y revisar los convenios de centros de día para adaptarlos a la particularidad del servicio. En el ámbito del SAD se reclaman jornadas completas y continuas que se conseguirían revisando y adaptando las tareas teniendo en cuenta las necesidades de las personas usuarias, pero también el horario de las trabajadoras. También se reclama evitar la rotación de personal (tener usuarios y usuarias fijas), y disponer de un centro de referencia para descansar, recoger material, o como punto de encuentro de las trabajadoras (que en muchos casos no tienen).

Sistema formativo

Mejorar el sistema de formación para adecuarlo a la diversidad de perfiles a atender y para dar herramientas más allá de las tareas asistenciales y domésticas. Esto supondría dignificar a la persona cuidadora y a la cuidada. El desarrollo formativo tendría que ir acompañado de una mejora a nivel de condiciones laborales y de reconocimiento profesional. Algunos participantes que faltarían cursos de reciclaje y señalan que los programas formativos deberían mejorar. Comentan que la LAPAD impactó en el catálogo formativo, ya que la formación actual no se ajusta con el perfil profesional: "necesitamos que desarrollen competencias de trabajo en equipo, necesitamos que desarrollen competencias en temas digitales, necesitamos nuevas competencias que evidentemente no resuelve la formación actual" (Neus, gestora de SAD, C026*). Además, "lo que más se evalúa es una necesidad básica de una higiene, una atención directa, una necesidad muy asistencial pero no se tiene en cuenta las demandas de atención socioeducativas", comenta Pedro (gestor de SAD, C010*). En relación con la formación ocupacional, se señala que no incide en la atención centrada en la persona (ACP) y en las competencias transversales (asertividad, la comunicación, etc.), imprescindibles para realizar el trabajo. En este sentido, la formación técnica es importante pero la emocional es imprescindible:

> Hay todo un espectro psicosocial que a mí me parece primordial, (…) una formación en la cual el profesional sepa hablar bien, sepa expresarse, sepa formar su carácter como para soportar algunas cosas sin que lo denigren tanto… porque a veces la necesidad te hace soportar lo indecible… se trata de preservar tu integridad moral sin perder de vista el trabajo que uno debe hacer. (Valentina, asistente personal, C029)

Reconocimiento profesional

El reconocimiento profesional se traduciría en mejorar las condiciones laborales y la valoración social del trabajo de cuidados. Se consideran que, si aumentan los salarios, la gente se formaría

[28] Cita extraída de la página web del sindicato, Enlace.

más y se dignificaría el trabajo y la profesión. Además, sería la forma de hacer el trabajo más atractivo, sobre todo en el SAD, ya que "los técnicos sociosanitarios de dos años de formación no van al SAD (…) tenemos perfiles muy complicados" (Mariona, gestora SAD, C239*). Reivindican que el trabajo de cuidados no solamente es una salida laboral (sería necesario revisar los programas de reinserción de los ayuntamientos).

Por otro lado, hay una reivindicación sobre la falta de valoración del trabajo: "necesitamos demostrar a la sociedad nuestra valía como profesionales, poniendo en práctica nuestros conocimientos, nuestra experiencia, nuestra capacidad, empatía y, sobre todo, hacer nuestro trabajo con el cariño que demandan las personas dependientes" (Lisa, presidenta y trabajadora cooperativa de servicios de cuidado integral, C306). En esta línea, Blanca (C151), trabajadora social de servicios sociales básicos, considera que la formación es adecuada, pero es necesario que las personas usuarias conozcan la profesión del SAD y no la reduzcan a las tareas más domésticas: "para que cuando auxiliar entre en una casa, entiendan que no son personal de limpieza, sino que es un personal cualificado para poder dar unos cuidados y unas prestaciones a la persona mayor"; y también empoderar a la profesional para que pueda negarse a realizar tareas que no le corresponden.

Reforzar la dimensión comunitaria

Esto significa trabajar a nivel micro para conocer las características de cada territorio, poder programar actuaciones concretas e implicar a la comunidad como agente del cuidado, sobre todo en entornos urbanos donde la dimensión comunitaria es más difícil de tejer. Lo explica muy bien Neus, gestora de SAD:

> El quid de la cuestión es establecer comunidad, y ver como esta comunidad también es capaz de dar respuesta. O sea, que haya alguien en la escalera de vecinos que haga la compra, que haga, que trate,… al final está impactando directamente en el ciudadano. El ciudadano tiene impacto en la salud de las personas. (Neus, C026*)

Desde los servicios sociales se reclaman más profesionales para poder trabajar con la comunidad, empoderarla para provocar los cambios desde la misma. Inma, trabajadora social de servicios sociales básicos (C061), se queja de que no ha podido llevar a cabo una intervención social comunitaria. Y desde el SAD se reivindica poder trabajar a nivel comunitario para evitar el aislamiento y mantener conectada a la persona con el mundo real: "¿de qué nos vale tener la casa limpia si la persona está desconectada de la sociedad?" se pregunta María Teresa (C155), directora de servicios sociales básicos.

Coordinación con el sistema sanitario

Es necesario conseguir una red de servicios sociosanitarios que dé cobertura a las necesidades de las personas que, en muchos casos, son sanitarias. Cuando la coordinación con la atención primaria del sistema sanitario se ha dado, ha tenido resultados muy positivos para proporcionar los cuidados necesarios en el domicilio.

Apoyo a cuidadoras no profesionales

Dar formación y apoyo emocional a las cuidadoras y cuidadores no profesionales que están atendiendo a sus familiares. Se reivindica que esta figura, que pasa muchas horas con la persona que recibe cuidados, sepa gestionar correctamente la situación.

Cambios en la Ley de Dependencia

Se considera que hay aspectos de la ley que se deberían mejorar:

- Modificar los requisitos de acceso a las prestaciones económicas de cuidado familiar, para que, en el ámbito rural, vecinos y vecinas (que hacen el papel de familiares y no tienen esos lazos consanguíneos) puedan acceder a la prestación.
- Aumentar las ayudas económicas para el cuidado no profesional, teniendo en cuenta que son las mujeres quienes mayoritariamente están cuidando
- Reducir las listas de espera para acceder a los servicios y prestaciones, ya que están falleciendo personas con grado III sin haber accedido a un servicio. Las listas de espera provocan que cuando el servicio se puede dar, ha empeorado el estado de salud de la persona receptora, y que el recurso ya no sea el adecuado, de manera que las familias se han visto obligadas a una sobrecarga de trabajo o han tenido que contratar el servicio a nivel privado.
- Establecer criterios homogéneos y evitar cambios en las prescripciones para cada grado de dependencia.
- Mejorar los procedimientos que se extienden en el tiempo, para resolver la complejidad y lentitud de los protocolos.
- Reducir la burocracia para facilitar la entrada en el sistema de las personas en situación de dependencia y ampliar la cobertura. También se expresa la necesidad de que las trabajadoras sociales no hayan de hacer tanto trabajo burocrático para volcarse en la atención personal.

Otras demandas de los servicios

Las demandas para mejorar la atención en los centros de día van dirigidas a un aumento del personal con una formación específica para conseguir realmente una ACP, tal y como se plantea en las leyes de servicios sociales. Y es que los recursos "han estado muy, muy, muy orientados hacia, lo que se suele llamar el servicio y muy poco hacia la propia persona (…) hemos perdido la perspectiva sobre muchas necesidades personales" (Venancio, gerente centro de día privado, C092).

En el caso del SAD, las demandas recurrentes entre las personas entrevistadas han sido: una mayor implicación pública para mejorar la provisión de cuidado; tener las condiciones para proporcionar una atención más completa, tanto doméstica como personal; garantizar las ayudas técnicas necesarias; tener mayor disponibilidad de tiempo para realizar el seguimiento de los casos; definir claramente las actividades a realizar en los domicilios; aumentar las horas de atención para quien realmente las necesita y reducir las de quienes no las necesitan tanto; es decir, se trataría de adaptar las tareas a las necesidades. Además, las gestoras indican que los equipos deberían ser multidisciplinarios (con personal de psicología, mediación, educación social) y que se deberían ampliar la cartera de servicios (con ayudas técnicas, podología, peluquería). Otra de las demandas ampliar las horas seguimiento por parte de servicios sociales:

> Con una visita de diez minutos, en la que le haces una pequeña entrevista, no puedes ver realmente lo que necesita ese usuario. Creo que tendrían que estar un poquito más familiarizadas a ir dentro de los domicilios y ver el día a día, o sí hay algún problema pues decir: 'mira, a ver, esto tenemos que hacer, o esto no tenemos que hacer…'. (Bárbara, auxiliar de ayuda a domicilio, C090)

En el caso de la asistencia personal, tanto las personas usuarias, como las trabajadoras y gestoras, reivindican la necesidad de una financiación suficiente y adecuada para este servicio, como garantía de los derechos de las personas con diversidad funcional, que solo se pueden cumplir si las trabajadoras y trabajadores tienen unas condiciones laborales dignas, en el marco de la profesionalización de este sector.

Finalmente, como cuestión que aparece en gran parte los discursos de las personas entrevistadas, se subraya la imperiosa necesidad de poner atención en las personas cuidadoras y mejorar las condiciones en que han de cuidar. Se ha insistido en que no es positivo que tengan bajos salarios, excesivas cargas de trabajo a causa de unas ratios insuficientes, problemas de conciliación y que, además, requerirían apoyo psicológico. Esto último se observa como algo imprescindible que se ha evidencia durante la pandemia.

3.7.2.2. DEMANDAS Y REIVINDICACIONES EN EL CONTEXTO DE LA COVID

A continuación, recogemos aquellas demandas que, siendo de carácter general, se han agudizado con la covid:

Medidas de protección

En el contexto de la covid, las principales demandas y reivindicaciones se han relacionado con la falta de equipos y materiales de protección para las trabajadoras: "con esto del virus, [hemos necesitado] tener más medios para poder protegernos nosotros y protegerlos a ellos" (Natividad, auxiliar de ayuda a domicilio, C049). Desde la perspectiva de las gestoras, esta carencia de equipos, ha sido un factor de alto riesgo para las trabajadoras que se abordó ya muy tarde. Rita (C031), coordinadora de SAD y miembro comité empresa denuncia que su empresa aplicó el protocolo de Sanidad en lugar del de la empresa, que mejoraba la protección de las trabajadoras. Un elemento muy claro vinculado a la falta de seguridad de las trabajadoras fue la ausencia de PCR o de pruebas de antígenos y de seguimiento de personas contagiadas. Esta demanda se vincula a la salud de las propias trabajadoras, pero también a la salud de las personas que atienden. Lo interesante del discurso de estas trabajadoras es que identifican como principal responsable a las entidades que gestionan el servicio, pues ellas se asumen como trabajadoras que deben ser protegidas al igual que las personas usuarias. Ellas, como trabajadoras, se consideran responsables del bienestar de la persona cuidada, pero consideran que la calidad del cuidado tiene que ver con decisiones que no les corresponden, sino que concierne a la empresa o entidad con la que tienen el vínculo laboral.

Visibilidad de los trabajos de cuidados

Otra de las reivindicaciones recurrentes es que, durante la pandemia, las asistentes personales y las trabajadoras del SAD o de centros de día no han recibido ningún reconocimiento. Reivindican una mayor visibilidad del sector, así como poner en valor la relevancia de las tareas específicas que desarrollaron también durante la pandemia. Cuando los centros de día estuvieron cerrados, por ejemplo, sus trabajadoras y trabajadores mantuvieron un seguimiento de las personas que atendían, diseñando, además, actividades para mantener activas a las personas mayores en sus casas. Lo mismo sucede con los servicios sociales, que apenas eran mencionados, aunque estuvieron resolviendo muchas situaciones difíciles en todo momento.

Implicación de la Administración pública

Otra reivindicación o, mejor dicho, denuncia, es que la Administración hubiera debido proporcionar instrucciones y protocolos de actuación para este tipo de servicios. En los inicios de la pandemia, las gestoras reclamaron materiales de protección y criterios claros de

intervención, pero ambos tardaron en llegar. Las trabajadoras sociales, ante las situaciones de pobreza y han tenido que modificar sus pautas de actuación, sin que hubiera criterios claros:

> Las trabajadoras sociales que llevamos temas de dependencia, es que era imposible abarcar, no teníamos tiempo, disponibilidad para hacer seguimiento de nuestros casos. Yo me he tenido que dedicar a gente que venía pidiendo alimentos. Ahora ya la prioridad no son los dependientes, ahora la prioridad es el alimento. (Inma, trabajadora social de servicios sociales básicos, C061)

Otra de las cuestiones que ponen sobre la mesa las gestoras es que los EPI se han encarecido, y que las Administraciones, en cambio, no han modificado el precio del servicio que prestan. Incluso, en los pliegos de contratación de SAD que se están haciendo actualmente, este aspecto no está contemplado. Denuncian la falta de apoyo de las Administraciones públicas, delegando la responsabilidad sobre las medidas a tomar a las entidades y empresas gestoras de los servicios:

> Continuamos discutiendo porque como siguen sin hacer protocolo para el SAD pues nosotros continuamos debatiendo, ¿no?: 'Bueno, y la bata de un solo uso, la tendremos que quitar en los casos no covid-19 o ...', preguntas a Dios y a su madre, y no te contesta nadie de la Administración, nadie, silencio administrativo. (Mariona, responsable empresa pública gestora de SAD, C239)

Otra de las cosas que hay que mejorar es la gobernanza, con la implicación y participación de los organismos encargados de la dirección política y la sociedad civil, a fin de dar mayor poder, autoridad e influencia a la ciudadanía, de manera que la toma de decisiones que afecta directamente la vida pública sea más participativa.

Ampliar y adaptar los servicios a la realidad actual

Otro tema al que se ha hecho referencia es la importancia de dotar de más recursos a las personas con un diagnóstico de trastorno mental, que deberían ser uno de los colectivos de atención prioritarios, ya que "con este confinamiento los enfermos mentales lo han pasado muy mal" (Amalia, trabajadora social de servicios sociales básicos, C091). Y en el caso de los recursos existentes, se tendrían que adaptar a la realidad actual, ya que "estaban previstos para una situación de normalidad que ahora no existe" (Patricio, gerente centro de día privado, C047)

Nuevas contrataciones de personal

Durante la pandemia hubo un importante problema en todos los servicios causado por la falta de trabajadoras para cubrir las necesidades existentes, así como para substituir al personal que estaba de baja. Esta carencia provocó que se contrataran personas sin titulación. En el caso de la asistencia personal, se añadió, además, la dificultad de encontrar sustitutos: "es porque no hay una profesión que esté regulada y que tenga una bolsa de empleo y que produzca profesionales nuevos cada año" (Iñaki Martínez, presidente de la Asociación de Profesionales de la Asistencia Personal, C030).

Coordinación social y sanitaria

Se considera que, si hubiera habido una mejor coordinación entre el ámbito social y el ámbito sanitario, determinados procesos de atención se habrían podido resolver de una manera mucho más organizada. Raquel (C044*), coordinadora de SAD, explica que "la situación ha dejado a muchas personas mayores desatendidas por el sistema sanitario, sobre todo a los enfermos crónicos", lo que ha repercutido en una mayor atención especializada en los domicilios.

Modelo comunitario y accesibilidad comunicativa

Reforzar con más recursos el modelo comunitario es algo que se ve necesario también. Como dice Ramon Lamiel (C036), gerente del Instituto Municipal de Personas con Discapacidad de Barcelona: "No se trata de hacer grandes residencias asépticas como si fueran hospitales en la periferia." Defiende el modelo de pisos tutelados para personas con discapacidad, por su inserción en los barrios y en la comunidad. "Sabemos que hay un modelo de atención a la persona que funciona y que también lo han hecho durante la pandemia. Entonces vamos a potenciarlo". Además, considera del todo necesario mejorar la comunicación con las personas y las familias: "No podemos dar mensajes sin que sean comprensibles. Los servicios deben ser comprensibles y accesibles".

Algunas personas consideran que la situación provocada por la covid puede ser un buen momento para reivindicar el reconocimiento social y profesional del trabajo de cuidado, que, para Helena (C008*), trabajadora familiar, se debería traducir en un reconocimiento económico. Josep (C121*), gestor SAD, considera que a raíz de las duras condiciones en las que han realizado los trabajos, las profesionales se han "empoderado", y que "ahora viene una época supongo que, de eso, de poder reclamar". Otras voces se muestran más pesimistas, por ejemplo, Angélica Mazo (C109), secretaria del Sector Servicios a la Comunidad y Sector Servicios Sociales de la Federación de Servicios Públicos de la Unión General de Trabajadores de Aragón, reconocía ser pesimista, ya que piensa que a pesar de que las condiciones precarias en la atención a la dependencia se han visibilizado más que nunca, la situación de las trabajadoras no ha mejorado y no parece que vaya a hacerlo. Este planteamiento es compartido por Mercedes (C007), trabajadora familiar: "no lo creo [que cambie nada]. Pasamos inadvertidos. Somos una fuerza de trabajo inadvertida". Y Vicenç (C020*), asistente personal: "en este sentido yo no soy muy optimista, creo que nos situarán de nuevo donde estábamos, que no somos un servicio esencial".

Además, la crisis ha evidenciado la necesidad de cambiar el modelo del sistema de cuidados y de dejar atrás planteamientos caducos, saliendo de las limitaciones de la LAPAD y facilitando soluciones alternativas para dar prioridad a la atención a las personas mayores:

> Estamos en una ocasión única para intentar darle la vuelta a muchas cosas que lo requieren, que es necesario y que tenemos que cambiar de una manera radical la idea que tenemos de los cuidados, y los recursos, y los servicios sociales. Porque creo que, hay vacíos importantes, hay situaciones muy, muy, muy importantes por resolver y eso es una cuestión, no solamente ya de los centros o de los profesionales…, no, es una cuestión de sensibilidad administrativa. (Venancio, gestor centro de día privado, C092)

Iñaki Martínez (C030), presidente de la Asociación de Profesionales de la Asistencia Personal, comenta que hay Administraciones que después de la debacle del sistema residencial están considerando la asistencia personal como una opción, para instaurarla como modelo alternativo al sistema residencial o la ayuda a domicilio.

Con todo, podemos afirmar que, aunque no sea al nivel que merecerían, la actual pandemia ha supuesto una revalorización de los cuidados y una llamada de atención sobre su importancia y esencialidad en nuestras sociedades.

3.7.3. MOVILIZACIONES SOCIALES EN TORNO AL CUIDADO EN SERVICIOS DOMICILIARIOS Y DE ASISTENCIA PERSONAL

3.7.3.1. PLATAFORMA SAD CATALUNYA

La Plataforma de Atención Domiciliaria de Cataluña (PADC) es una organización que lucha para garantizar servicios públicos, los derechos laborales de las trabajadoras y los derechos sociales de las personas usuarias. Está constituida principalmente por trabajadoras del SAD (en activo y jubiladas) pero también forman parte familiares y otras personas comprometidas con la causa. Se alejan de la lucha de los sindicatos mayoritarios y reivindican que la forma para conseguir cambios es organizarse a nivel de ciudadanía. Nos explica Maia (C188), miembro de la plataforma, que la organización nació hace seis años para denunciar la precarización del sector que atribuye a la externalización de los servicios a empresas privadas. En un primer momento se afiliaron a un sindicato minoritario, pero emprendieron la lucha por su cuenta, ya que estaban disconformes con las políticas de este.

Su principal demanda se centra en recuperar la gestión pública del servicio para garantizar un sistema de cuidados digno y de calidad. Así lo manifiesta Maia:

> Pensamos que la remunicipalización es básica porque tienen que ser unos servicios públicos. Como la sanidad pública, igual. Son unos servicios públicos, pagados con dinero público. Y si son pagados con dinero público tienen que ser municipales y llevados por la Administración pública. (Maia, C188*)

La municipalización del SAD se basa en (FRANCO y RUIZ, 2018): la suficiencia de recursos públicos destinados a su ejecución, con aspiraciones de mejora continua en la calidad del servicio; servicio integrado por una plantilla estable de empleados públicos, con régimen funcionarial o de personal laboral fijo; que genere empleo de calidad y que no produzca discriminación alguna por razón de sexo (y la perpetuación de estereotipos lo es) o por cualquier otra causa; y que sea sostenible en términos de viabilidad financiera y social. Desde la PADC, señalan que, en Barcelona, debido al volumen de trabajadoras (4.000), se podría hacer esta remunicipalización mediante la gestión del SAD por parte de una empresa pública municipal.

También reivindican mejoras laborales y salariales y la profesionalización del sector mediante la contratación de personas con la titulación requerida, y que se realicen formaciones especializadas debido a la variedad de situaciones sociales y de salud a las que tienen que brindar atención (especializar el sector).

Desde la creación de la plataforma han conseguido visibilizar la situación del SAD y que no empeorasen las condiciones laborales. Su papel actual es asistir a las movilizaciones (del SAD y de otras plataformas), reunirse con representantes políticos y apoyar a otros movimientos sociales. Comenta que, a raíz del impacto de la pandemia en las residencias, las trabajadoras de distintos servicios a la dependencia se han hecho conscientes de que están en el mismo sector y que se tienen que unir para luchar y mejorar la atención a la dependencia.

La plataforma está presente en diversos municipios de Cataluña y participa y da apoyo a la lucha de otros movimientos sociales (Marea de Residencias, Plataforma en Defensa de los Servicios Públicos, por ejemplo). También forma parte de la alianza de mareas y movimientos sociales de Cataluña, que se constituye a finales de 2019 e integra distintos movimientos

sociales y plataformas[29]. Además, está integrada en la Plataforma Unitaria de auxiliares de Ayuda a Domicilio, de ámbito estatal, que surgió en las Marchas de la Dignidad y que no ha dejado de crecer en visibilidad, siendo el espacio unitario, No+Precariedad, una de las herramientas con las que trabajan en diversas ciudades del Estado, participando también en manifestaciones diversas a nivel español.

3.7.3.2. MOVIMIENTO DE VIDA INDEPENDIENTE[30]

Este movimiento nace en los años 60 del siglo XX en Estados Unidos a partir de la redefinición del concepto de independencia que se identifica como el control sobre la propia vida, la utilización de la autoorganización como iguales de las personas con diversidad funcional y la demanda de la asistencia social remunerada universal y la inserción comunitaria (PALACIOS y ROMAÑACH, 2006). El derecho a vivir de forma independiente y a ser incluido en la comunidad ha sido reconocido a nivel internacional por la *Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad*, aprobada en Nueva York el 13 de diciembre de 2006 y ratificada por España el 21 de abril del 2008.

Según Gonzalo José CARBONELL (2019), en España, la creación en el 2001 del Foro de Vida Independiente y Divertad (FVID) supone el inicio del Movimiento de Vida Independiente, con un planteamiento de participación en igualdad, sin personas directivas de la organización ni presupuesto económico y que con las posibilidades de comunicación y difusión de internet han conseguido una activa participación en la política en nuestro país. Fue en el 2005 cuando empezaron a utilizar el término: mujeres y hombres con diversidad funcional, para contrarrestar la dimensión negativa que comportan los términos discapacidad, minusvalía, invalidez, parálisis o retraso (ROMAÑACH y LOBATO, 2005), aunque no consiguieron substituir del todo el modelo médico hegemónico respecto a la normalidad del cuerpo humano (RODRÍGUEZ y FERREIRA, 2010: 153). El FVID estaba muy descontento con el contenido del proyecto de la Ley de Dependencia, tanto es así que el 12 de septiembre de 2006 un grupo de personas con diversidad funcional, acompañados por sus asistentes personales, se encerraron en la sede del IMSERSO en Madrid. Consiguieron que el título de la ley incluyera la promoción de la autonomía personal y que se introdujera la asistencia personal en el catálogo de prestaciones económicas, que era su principal demanda (RODRÍGUEZ-PICAVEA y ROMAÑACH, 2006).

El Movimiento de Vida Independiente ha rechazado vigorosamente que las personas con diversidad funcional requieran cuidados e insisten en que su situación no debe confundirse con la de personas dependientes. Afirman que las personas con discapacidad devienen dependientes si no cuentan con las ayudas técnicas y sociales que faciliten su independencia. Por esto prefieren hablar de diversidad funcional y no de discapacidad (FERREIRA, 2010). No se resignan a depender de sus familiares, ni a ser institucionalizados ni tampoco a acogerse a medidas concebidas para proteger personas con pocas opciones vitales, porque reclaman la normalización de su situación en la sociedad y ser tratados a partir de los derechos de ciudadanía y no como personas enfermas. Por esto rechazan el término de cuidado y prefieren el de asistencia personal, ayuda o apoyo. Reivindican también poder elegir a la persona asistente, y por ello prefieren una prestación económica y no un servicio prestado por la Administración (PRIETO LOBATO *et al.*, 2019; RATZKA, 2007). La propuesta de la asistencia personal supone una inversión de las relaciones de poder respecto al cuidado familiar o al

[29] Alianza contra la Pobreza Energética, Marea Pensionista, Marea Blanca, Comisión Promotora RGC, Residencias 5+1, ATTAC Acordem, Plataforma SAD, Coordinadora de Asambleas de Trabajadores/as en Paro, No+Precariedad, Asociación Hondureña de Barcelona, PAH, las Kelly's y OEPB.

[30] El contenido de este apartado se ha elaborado a partir del artículo de Tomas BÁÑEZ y Dolors COMAS-D'ARGEMIR (2021).

cuidado institucional, puesto que es la persona usuaria quien elige la persona que le asistirá y quien decide las actividades que ha de realizar (LÓPEZ PÉREZ y RUIZ SEISDEDOS, 2018: 113).

Probablemente las organizaciones de personas con discapacidad son quienes han realizado una crítica más profunda a la manera en que se organiza el cuidado social. Desde el Movimiento de Vida Independiente se plantea que esta perspectiva puede ser aplicada en la ayuda a cualquier persona que necesite apoyos para la realización de las actividades básicas de su vida diaria, pero también para su participación en el ámbito educativo, laboral, social y político.

3.8. MIRANDO AL FUTURO DESDE EL PRESENTE

Recogemos aquí algunas experiencias que se gestaron antes de la pandemia y que son útiles como referentes de modelos alternativos que permiten abordar cambios estructurales en nuestro actual sistema de atención a la dependencia. Nos referiremos a cuatro iniciativas que aportan elementos de innovación social, que favorecen la atención a las personas usuarias y las condiciones laborales de las trabajadoras. Seguidamente apuntamos algunas ideas clave que las personas entrevistadas han manifestado para orientar el futuro del modelo de cuidados.

3.8.1. INICIATIVAS PARA TENER EN CUENTA

3.8.1.1. PROYECTO ETXEAN BIZI: ATENCIÓN DOMICILIARIA CENTRADA EN LAS PERSONAS MAYORES

Etxean Bizi[31] es un proyecto de intervención con personas mayores diseñado por la Fundación Matía Instituto Gerontológico y realizado durante los años 2018 y 2019 con financiación de la Diputación Foral de Gipuzkoa con el objetivo de reformular el modelo actual de atención en el domicilio por un modelo de ACP, que permita que las personas que necesitan apoyos y así lo deseen, puedan seguir viviendo en su casa.

Han participado en esta experiencia 182 personas mayores de 65 años con un grado de dependencia II, de los municipios de Elgoibar, Pasaia y Errenteria, quienes han contado con asistencia personal, desde un planteamiento de ACP y con una metodología de gestión de casos desde el ámbito social.

La hipótesis de trabajo, confirmada tras la evaluación de la experiencia, es que, a través de la gestión eficiente del caso, las personas pueden permanecer en sus casas recibiendo el cuidado que necesitan de acuerdo con sus deseos e intereses y pudiendo así mantener su bienestar, y el de sus familiares. Sin que esta intervención supere el coste de una plaza residencial.

La intervención ha incluido la elaboración e implementación de Planes de Atención y Vida, desde un planteamiento centrado en la persona, con el respeto de sus deseos y preferencias. Estos planes han incluido apoyos a las personas mayores y a sus cuidadores, coordinación socio sanitaria e intervenciones comunitarias.

Los apoyos y servicios para la persona mayor han incluido la revisión de su valoración de dependencia, los cambios a la prestación económica de asistencia personal (PEAP), ampliación del SAD, centro de día, teleasistencia, ayudas técnicas y terapeuta ocupacional en domicilio. Estos planes también han incluido apoyos a la persona cuidadora: apoyo psicológico individual y grupal, respiro (estancia temporal) en el domicilio, acompañamiento a los

[31] La información utilizada para elaborar la presentación de esta iniciativa y de sus resultados procede de la página web del proyecto y de los materiales de trabajo no publicados facilitados por Mayte Sancho (C215), una de las responsables del proyecto a la que también entrevistamos.

sustitutos de los asistentes personales por vacaciones, encuentros de asistentes personales, encuentros de familias, asesoramiento personalizado a los asistentes personales para la mejora de las competencias comunicativas y taller sobre ayudas técnicas. Además, se han realizado diversas actuaciones de coordinación sociosanitaria e intervenciones comunitarias, como la incorporación de las personas mayores a iniciativas comunitarias o el acompañamiento para acciones de ocio y disfrute cotidiano informal.

La evaluación de resultados muestra que se ha conseguido un menor ingreso en servicios residenciales, un menor deterioro funcional y menor incidencia de caídas; así como el aumento da la calidad de vida de la persona cuidadora principal y de la satisfacción con los servicios y del bienestar de la persona. Una evaluación que confirma la adecuación del perfil profesional de la gestora del caso, para hacer posible un proyecto en el que la coordinación y gestión es troncal. También se ha puesto en evidencia el reto de avanzar en la colaboración y coordinación sociosanitaria y en la implicación social y comunitaria en la promoción de una sociedad cuidadora para evitar la desvinculación social de las personas mayores en situación de dependencia y los sentimientos de pérdida y tristeza que les causa.

3.8.1.2. LAS SUPERILLES SOCIALS: HACIA UN NUEVO MODELO DE SAD

Este proyecto es una iniciativa de innovación social impulsada a finales de 2017 por el servicio de planificación e innovación del Área de Derechos Sociales del Ajuntament de Barcelona. Actualmente está en fase de implementación[32] y tiene como finalidad mejorar la calidad del SAD en base a dos objetivos: mejorar las condiciones laborales de las trabajadoras, y adaptar la atención a las necesidades y preferencias de las personas usuarias del servicio. Lluis Torrens (C145), director de Innovación del Ajuntament de Barcelona e impulsor del proyecto, explica que la iniciativa nace por la necesidad de organizar acciones que respeten la preferencia de envejecer en casa y afrontar el incremento de las necesidades de atención de las personas mayores.

El nuevo modelo se basa en el concepto de residencia distribuida, que plantea la ampliación de los espacios del cuidado más allá del hogar para socializar parte de las tareas y servicios de atención a la dependencia. Los principios sobre los que se basa la iniciativa son la proximidad física de las personas usuarias atendidas por un equipo de profesionales de referencia, la personalización del servicio y la proximidad con otros recursos comunitarios; así como la autogestión de los equipos. Para ello, la provisión del servicio se basa en la creación de equipos de profesionales adscritos al territorio, que se dedican a la atención de personas usuarias de una zona geográfica reducida, formada por una o varias manzanas de edificios[33]. Esta iniciativa está inspirada con el modelo de Buurtzorg, una organización holandesa de servicios sanitarios domiciliarios que consiste en la autogestión del servicio por parte de las profesionales (en este caso de enfermeras) organizadas por equipos de 6 a 12 personas que atienden a un número determinado de personas usuarias.

Sara MORENO-COLOM (2021), apunta que el trabajo autogestionado en equipo contribuye a la personalización del servicio y a visibilizar la labor profesional de las trabajadoras y, en consecuencia, a un mayor reconocimiento de su profesionalidad. Además, el modelo genera un sentimiento de pertenencia dentro del mismo equipo de profesionales, fomenta un espacio comunitario de relación entre trabajadoras y usuarias y de participación en el barrio. La iniciativa, siguiendo a MORENO-COLOM, propicia lo común y el fomento del papel de la

[32] Con el actual contrato de SAD del Ajuntament de Barcelona (2020-2024) está previsto que el modelo se extienda a toda la ciudad (implementación entre 60 y 120 superilles socials).

[33] Cada isla está formada por personas usuarias que reciben entre 1400 a 1800 horas de SAD y son atendidas por un equipo de 10 a 14 profesionales.

comunidad en la organización social de los cuidados desde la política pública, entendiendo lo comunitario como una realidad heterogénea marcada por relaciones sociales horizontales donde predomina la lógica de la interdependencia. De esta forma se desplaza el imaginario social que identifica a las mujeres dentro de las familias como las principales cuidadoras de las personas adultas dependientes y se refuerzan los vínculos sociales, contribuyendo a generar una identidad comunitaria.

Según los resultados de un estudio independiente que ha elaborado la FUNDACIÓN ACREDITACIÓN DESARROLLO ASISTENCIAL (2019)[34], durante el primer año de implementación del proyecto piloto en cuatro supermanzanas, se cumplen los objetivos iniciales, sobre todo en lo relativo a la satisfacción de las personas usuarias, que en general es muy positiva. En concreto, la confianza con las profesionales que las atienden y la coordinación de los equipos. Si bien, se señalan mejoras respecto a los elementos más comunitarios, como es el conocimiento de las actividades del barrio o la relación con el vecindario. En paralelo, las jornadas laborales de las profesionales pueden ser a tiempo completo y, además, se han conseguido planificar mejor sus intervenciones, una coordinación más eficaz y reducir los tiempos de desplazamiento entre domicilios.

Las personas entrevistadas que participan en esta iniciativa coinciden en que es un modelo que se impondrá en el futuro. Destacan que la atención se centra en las necesidades de las personas, estando el servicio enfocado en las tareas y en los objetivos y no en los horarios. María Jesús Sereno (C148), coordinadora del sector de atención domiciliaria de CCOO de Cataluña, explica que es un modelo que recupera la forma de trabajar anterior a la externalización del servicio, cuando las trabajadoras familiares formaban parte del equipo de servicios sociales: "una época en que se trabajaba más en equipo, por lo que las trabajadoras se sentían más valoradas en contraste con la soledad actual en que se encuentran trabajando". Otras personas entrevistadas que no participan de la iniciativa aportan un punto de vista más crítico. Consideran que es complicado replicar un proyecto holandés en un contexto social y económico diferente. Se pone en duda si las profesionales tienen las competencias necesarias para autogestionarse, además que asumen una responsabilidad que no está remunerada. Asimismo, la organización del trabajo es más intensiva.

3.8.1.3. EL MODELO DE GESTIÓN DEL SAD DEL AJUNTAMENT DE ARBÚCIES: VALOR SOCIAL DEL CUIDADO Y DIGNIFICACIÓN DEL TRABAJO

Arbúcies es un municipio de 6.515 habitantes situado en un entorno rural de la comarca de La Selva (Girona). En el año 2012, el ayuntamiento impulsó, en colaboración con el Servicio de Ocupación de Cataluña, un estudio titulado *Detección de las necesidades de las personas mayores*, a partir del cual consideraron necesario mejorar y ampliar del SAD y crear un centro de día público. En el año 2015 recuperaron la competencia municipal del SAD, hasta entonces delegada al Consejo Comarcal, con el objetivo de crear empleo de calidad en el municipio y aproximar los servicios públicos a la ciudadanía y poder atender a más personas. Se estableció una gestión del servicio compartida entre una cooperativa social y el ayuntamiento:

> Cualquier decisión se toma entre las dos partes: entre la empresa que gestiona el día a día, los contratos de las trabajadoras, y el titular de la competencia que es el ayuntamiento. Nosotros tenemos una comisión mixta con la cooperativa y cada mes nos vemos, cada lunes los coordinadores técnicos se reúnen para resolver el día a día, y una vez al mes nos reunimos ayuntamiento y cooperativa para decidir las líneas de estrategias (...) La frontera entre donde

[34] Estudio realizado durante la implementación del proyecto piloto en cuatro barrios de la ciudad (La Marina del Puerto, Vilapicina y Torre Llobeta, San Antonio, y Poblenou).

> comienza la cooperativa y termina el ayuntamiento es muy difusa. (Jaume Salmeron, concejal del área de atención y servicios a las personas, C051*)

Decidieron cogestionar el servicio con una empresa de la economía social y solidaria, porque entienden que "el cuidado es una responsabilidad muy grande y no nos valen empresas multiservicios (…) y para conseguir un modelo más efectivo y eficaz", explica Jaume.

Tener la gestión municipalizada les permite la proximidad de atención a la ciudadanía, una mayor eficacia y disponer de trabajadoras del municipio, garantizando condiciones laborales estables y adecuadas: subieron los salarios de la plantilla un 9%, y ahora están por encima de lo establecido en el convenio. Las auxiliares de limpieza y las trabajadoras familiares tienen el mismo sueldo y la plantilla se mantiene estable. Unas condiciones laborales que Jaume justifica porque "cuidan a la gente y las condiciones laborales son las que deben ser".

Desde que tienen el servicio municipalizado, el SAD ha incrementado tanto el número de trabajadoras, que han pasado de 4 a 14 (de las que 3 son coordinadoras, 1 administrativa y 10 profesionales de atención directa), como de personas usuarias, que han pasado de 12 a 60 (y requieren unas 1.600 horas de atención). Además, Jaume destaca que tienen muy buena coordinación con el centro de atención primaria de salud y que dos de las personas contratadas son hombres (el 20%). Constata que el cuidado está feminizado, pero que están incorporando a hombres en la plantilla porque priorizan el perfil de trabajador/a que tenga conocimientos y experiencia, y porque hay determinadas tareas para las que se requieren hombres.

El Ajuntament de Arbúcies está trabajando en la constitución de una cooperativa pública para gestionar diferentes servicios de atención a las personas como el SAD y el futuro centro de día público, con el fin de continuar ateniendo a las necesidades de la población y de disponer de una empresa especializada en la atención a la dependencia e impulsar la economía social y solidaria en este ámbito.

El modelo de gestión de SAD que aplica este ayuntamiento responde a una voluntad política de dar valor al cuidado y dignificar los trabajos, así lo expresa Jaume:

> La transformación social no se hará de un día para otro, ya nos gustaría, pero no es así, por lo tanto, tenemos que ir aportando granitos de arena que vayan transformando. Y la primera transformación para nosotros, en el ámbito local, era empezar a trabajar y a colaborar desde la competencia municipal con empresas que pusieran a las personas en el centro de la actuación municipal. (Jaume Salmeron, C051*)

3.8.1.4. EL CUIDADO INTEGRAL COMO PROPUESTA DE ATENCIÓN: EL CASO DE DOS COOPERATIVAS SAD

Para ilustrar esta cuestión, recogemos dos ejemplos de cooperativas que ofrecen un servicio de atención domiciliaria, ambas promovidas por trabajadoras de hogar inmigradas en el País Vasco[35]. Se trata de la Cooperativa Maitelan (Trabajo con cariño), un proyecto que se gesta en 2012 y se lanza en febrero de 2020. Actualmente está activo. La otra cooperativa, Babel, se inicia en 2015, impulsada por los jesuitas, y redefinida en 2017, año que empieza a funcionar, aunque en 2020, debido a los problemas de la pandemia, deciden liquidar la cooperativa. En ambos casos, los proyectos se han sostenido con apoyos externos, pero principalmente con el trabajo, muchas veces gratuito, la voluntad y el compromiso de las socias.

Como hemos señalado, se trata de iniciativas creadas por mujeres inmigradas, con una gran experiencia en el ámbito del empleo de hogar o en el SAD en empresas privadas, que han decidido organizarse para mejorar sus condiciones laborales y ofrecer un servicio de atención

[35] Para un mayor desarrollo del cooperativismo como alternativa al Régimen Especial del Empleo de Hogar, véase el Capítulo 5.

más integral. La premisa de esta mejora en el caso de las empleadas de hogar se basa en el hecho que como trabajadoras del SAD pueden cotizar en el régimen general de la Seguridad Social y salir del Régimen Especial.

El objetivo de estas cooperativas es la creación de una estructura de trabajo para ofrecer cuidados de calidad. Los dos proyectos ofrecen un cuidado integral basado en tres pilares: atención personalizada, trabajo de acompañamiento y constante comunicación con las familias, y formación profesional continua, protección laboral (contratos, estabilidad laboral, régimen general, convenio de SAD vasco) y protección social (apoyo mutuo entre compañeras, sustituciones). En esta estructura, una novedad interesante es la propuesta de acompañamiento constante en los casos de atención, a través de la revisión colectiva dirigida por la psicóloga:

> El objeto social de la cooperativa, es proporcionar servicios personalizados de calidad, que garanticen el derecho universal del cuidado. (…) las personas usuarias además disponen de sustituciones inmediatas, seguimiento personalizado del servicio para corregir o mejorar la atención a las personas usuarias. (Lisa, socia y fundadora de Maitalen, C306)

> El proyecto que ofrecíamos era más global. Dar mediante la compañera Lida, que es la psicóloga, ayuda a las familias, la formación hacia nosotras, la formación a la familia y también al acompañamiento a la persona. Hablábamos en las reuniones del perfil de cada uno de los usuarios y como podíamos ayudar. (Clara, socia y fundadora de Babel, C203)

Otro elemento innovador de estas propuestas es el cuidado hacia las trabajadoras. En las dos iniciativas hay una preocupación por el bienestar de las auxiliares. Ya sea con contratos más justos, con prestaciones laborales completas, apoyo en los procesos de regularización (que es uno de los objetivos de Maitelan) o apoyo a mujeres inmigradas en situación de irregularidad, tanto para incidir en unas mejores condiciones laborales en el empleo de hogar como apoyo para realizar prácticas de la formación de SAD:

> Queremos lograr la optimización de los servicios y la dignificación de los trabajos que hacemos. También por otro lado, conseguir recursos económicos para la regularización de las compañeras. Con este tipo de cooperativa integral, lo que queremos es lograr una mejor calidad de vida para todos. (Lisa, socia y fundadora de Maitalen, C306)

> Además, lo mirábamos también como una proyección social… Aquí te dejan estudiar el curso de Servicio de Ayuda a Domicilio, pero luego, cuando es la hora de hacer las prácticas, ninguna empresa te quiere coger porque estás en situación irregular…. les decíamos que hiciesen las prácticas con nosotras. (…) Nos llamaba mucha gente por si sabíamos de chicas. Entonces, lo que hacíamos era negociar. Decíamos que le contratábamos esa chica, pero tenía que respetar, como mínimo, lo que la ley le mandaba. Sus horas de descanso, su sueldo. Y un poco, esta era la labor también. (Clara, socia y fundadora de Babel, C203)

Los testimonios recogidos de las dos cooperativas coinciden en haber recibido ayudas institucionales para la gestación de sus proyectos. Sin embargo, en ambos casos se han detectado problemas relacionados con la organización y planificación financiera, principalmente en cuanto a la oferta económica de sus servicios. En un caso la hora del servicio se cobraba a 10 euros y la auxiliar recibía alrededor de 5 euros, y en otro caso el servicio se cobraba a 16 euros, siendo 8 euros para la trabajadora. Es decir, precios por debajo del mercado que no han permitido la sostenibilidad de los proyectos.

Una constante en ambos casos son las dificultades para competir con las grandes empresas que monopolizan el SAD en los municipios y la falta de apoyo que han sentido en estos últimos meses de crisis sanitaria. De hecho, tal como hemos señalado anteriormente, la situación de confinamiento y pandemia ha incidido negativamente en el desarrollo de ambos proyectos. Maitalen continua, pero con una sola socia trabajando a tiempo completo. La cooperativa Babel

no ha sobrevivido a la pandemia. Las dificultades para conciliar vida laboral y familiar en el contexto de confinamiento, así como los problemas para conseguir material de protección como mascarillas, EPI y gel hidroalcohólico, hicieron insostenible su proyecto.

3.8.2. PROPUESTAS DE FUTURO

Empezamos este apartado con una cita de Luz, trabajadora social, que pone de relieve el carácter caduco del modelo de bienestar español, basado en unas políticas sociales anacrónicas diseñadas sin tener en cuenta la masiva incorporación de las mujeres al mercado laboral y el incremento de la esperanza de vida. Es lo que se ha denominado la crisis de los cuidados (HOCHSCHILD, 2011; MANDELL, 2010) que se produce cuando aumenta el número de personas que requieren cuidado y, paralelamente, disminuye la disponibilidad de las personas que tradicionalmente la han brindado de forma no remunerada (las mujeres). Una crisis que ha puesto en evidencia la falta de adecuación de las políticas públicas a la situación social:

> Muchas veces entendemos el cuidado familiar como parte y deber de la obligación. Es cierto que el Código Civil nos obliga a cuidar y atender a los mayores, pero ¡hay que hacer revisión de tantas cosas, de tantos factores estructurales que existe ahora mismo en la sociedad! El sistema de bienestar está enfocado cuando se creó… se diseñó cuando las mujeres se dedicaban a las labores domésticas, cuando no ejercían, cuando tenían tiempo y el rol era la casa, los cuidados de los mayores y de los menores. Evidentemente esa no es la realidad, hay que adaptar el sistema de bienestar actual y, cuando hablo de sistema de bienestar, hablo de las políticas sociales y de la red de recursos públicos, porque la mujer ya no trabaja solamente en casa, y sigue haciendo el trabajo de casa y el trabajo externo. Además de la carga mental e invisible que eso supone. (Luz, C052)

Las personas entrevistadas coinciden en señalar que es necesario revisar el sistema de cuidados. En primer lugar, dar una financiación adecuada para su desarrollo y reducir listas de espera; en segundo lugar, adecuar los recursos a las necesidades de las personas y garantizar la idoneidad de las prestaciones y los servicios; en tercer lugar, respetar las preferencias de las personas y su proyecto vital; y en cuarto lugar reconocer y valorar a las personas mayores.

Neus, gestora de SAD está convencida de que hay que situar los cuidados en el centro, como sector económico, una centralidad que se ha puesto en evidencia con la gestión ejemplar de la pandemia por parte de una Administración local:

> Barcelona, aquí tiene muy claro que el cuidado es un sector económico, y es un sector económico de primer orden y, por tanto, en el momento en que tú sitúas el cuidado aquí, ya sitúas la estrategia también aquí. (Neus, C026*)

El impulso de la economía de los cuidados en Barcelona, por ejemplo, tiene una relación directa con un objetivo político de democratizar los cuidados, tanto de las personas que los proporcionan como para aquellas que las reciben. Esto significa reconocer los cuidados como parte central de la vida socioeconómica, promover la corresponsabilidad de los actores sociales y reducir las desigualdades sociales (EZQUERRA y MANSILLA, 2018).

En relación con el modelo de gestión, hay participantes que se decantan por un sistema público de cuidados y otros por un modelo público-privado. Para mejorar las condiciones laborales se reivindica una gestión pública del servicio (y que no esté no en manos del mercado); y si el SAD está externalizado, es necesario mejorar el precio público y hacer un seguimiento de los pliegos de contratación. En este sentido, este discurso se encamina a la crítica de la monetización de los cuidados, al negocio que supone el modelo actual (por ejemplo, con la privatización de las residencias y otros servicios de atención a la dependencia), y la falta de inspecciones y seguimiento de los contratos, lo que supone una desigualdad en la atención y

la consecuente merma en la calidad del servicio. Una opción sería proporcionar los servicios mediante una empresa pública. Se ganaría, seguramente, en estabilidad laboral por parte de las trabajadoras y tendrían también mejoras económicas. A diferencia de las empresas privadas, los recursos, en lugar de proporcionar beneficios empresariales, se podrían utilizar para realizar más servicios, para mejorar las competencias de las profesionales y para un mayor reconocimiento. Esta opción también incluye revisar el sistema de copago de los servicios, ya que en este momento es del 21%[36], de manera que aportan más los usuarios que la Administración General del Estado (AGE).

El otro planteamiento es el que aboga por mantener el sistema público-privado, lo que significa que el sistema de dependencia cuenta con el mercado privado para su desarrollo. Este discurso defiende que muchas empresas pequeñas y medianas están gestionando bien los servicios y ofrecen una buena atención.

Los ejemplos que hemos expuesto anteriormente muestran la posibilidad de potenciar un sistema público-comunitario con protagonismo de las Administraciones públicas y la colaboración de entidades del tercer sector o de empresas de economía social. Y es que no se trata solo de crear servicios, sino de vincular tales servicios a las lógicas comunitarias existentes en cada entorno, creando las condiciones de implicación ciudadana en los cuidados y actuar de forma coordinada con el sistema sanitario.

3.8.2.1. CUIDADOS EN EL HOGAR

La gente quiere envejecer en casa. Esta es una afirmación recurrente, pero si bien se trata de un ideal compartido por los distintos agentes que intervienen en el cuidado, tal como está organizado el modelo actual de cuidados, este ideal refuerza la familiarización y feminización, al tiempo que dificulta la socialización y profesionalización del sector ocupacional de los cuidados (DEUSDAD *et al.*, 2016). A continuación, apuntamos algunas propuestas generales que hemos recogido de los participantes del estudio para desarrollar políticas sociales orientadas a poder envejecer en el hogar (pero no solo para las personas mayores sino también en el caso de personas con diversidad funcional y con diagnósticos en salud mental) sin que ello signifique un retroceso en los derechos de las personas cuidadas, sus cuidadores y sus familiares.

Se demanda desarrollar el SAD con más horas de intensidad y más calidad en la atención y/o potenciar los apartamentos tutelados o apartamentos con servicios. También se considera necesario revisar el perfil profesional de las personas que atienden en el domicilio. Por un lado, se propone una atención multidisciplinar a cargo de profesionales diferenciados en función de las necesidades (integradores sociales, educadores, etc.); por otro lado, se propone especializar los equipos por grados de dependencia y por colectivos a atender (no solo se atiende a personas mayores con más grado de dependencia sino que aumentan los casos de salud mental y de atención a la infancia) e introducir la formación en enfermería, porque las personas si están más tiempo en los domicilios van a necesitar más atención sanitaria. Además, se plantea la necesidad de incrementar los recursos de prevención y de atención en el entorno con el apoyo a los familiares y de la comunidad para evitar la soledad no deseada y retardar la dependencia. Así como la introducción de las nuevas tecnologías en el domicilio, además de la teleasistencia, sistemas de control de errantes, sistemas de sensores de movimientos, de aplicaciones de móviles para poderse comunicar con familiares y profesionales. Se considera necesario potenciar los centros de día, siempre y cuando la persona esté bien atendida en el

[36] En términos relativos, la AGE soporta el 15,6% del coste global, los usuarios un 20,7% y las Administraciones autonómicas el restante 63,7%, según el *XX Dictamen del Observatorio* de la Asociación Estatal de Directoras y Gerentes de Servicios Sociales (2020).

hogar y que este recurso esté más abierto a la comunidad y a la familia. Los centros de día son muy desconocidos y, en cambio, contribuyen a retardar las dependencias. Finalmente se plantea la necesidad de impulsar el modelo sociosanitario de atención personalizada y que el sistema sanitario se reserve a aquellas personas que requieren atención sanitaria.

Cabe decir que estas propuestas tienen en común el objetivo de retrasar la institucionalización (residencial o sociosanitaria) teniendo en cuenta que el modelo actual institucional no es una opción bien valorada. Además, hay testimonios que alertan de que es necesario establecer la idoneidad de esta atención en el hogar según sea el estado de salud de la persona y la viabilidad económica. También queremos apuntar que hemos encontrado discursos más familistas, que apoyan el desarrollo de servicios, pero dan prioridad al papel de la familia, y otros más profesionalizados, que priorizan la cobertura pública de las necesidades.

Como modelo de atención recogemos la propuesta de la figura profesional de gestor/a de casos, que sería la persona responsable de abordar cada situación y de coordinar todos los servicios que pivotan sobre la persona, así como su red de relaciones vecinales y su inclusión en la comunidad. Esto significaría incorporar profesionales de salud y sociales para dar respuesta a las necesidades y que estén coordinados. Esto iría en consonancia con establecer planes integrales a las personas mayores, teniendo en cuenta los ámbitos sanitario, social, personal y de relaciones. Y otra propuesta interesante es la creación de plataformas de servicios, que significa que los centros colaboren entre ellos, optimizando y aprovechando los recursos de unos y otros.

3.8.2.2. MODELO DE ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA

Directoras y gestoras de centros residenciales y de servicios de atención domiciliaria (F006)[37] reconocen la necesidad de cambiar el actual modelo de atención tanto en residencias, como en SAD, dado que está pensado para un perfil muy diferente de personas usuarias, con una mayor autonomía personal que los actuales residentes. Una necesidad de cambio que la covid ha puesto en evidencia. A nivel de perspectiva y modelo consideran que la atención centrada en la persona (ACP) es el planteamiento adecuado, por la personalización de la atención que implica. Se señala que la aplicación práctica de este modelo es un proceso, por lo que es necesario identificar no solo las dificultades para su implementación, sino también los avances que se están realizando. Coinciden en que la ACP requiere un cambio de mentalidad de todos los actores implicados en el cuidado de las personas mayores, pero también en la sociedad, ya que el actual sistema de cuidados es un reflejo de la consideración de las personas mayores por parte de la sociedad, basada en la idea de protegerlas, lo que las infantiliza y les quita su capacidad de agencia. Es lo que manifiesta Sara (C101), directora de una residencia privada gestionada por una entidad de la iniciativa social: "poniendo una cocina, o cambiando el mobiliario ya se hace 'atención centrada en la persona', pero para hacerla se requiere un cambio interior que ha de implicar a toda la sociedad (…) y también a las familias, que lo que pide a la residencia es que protejan a las personas mayores y que no les dejen hacer cosas".

En el caso del SAD, la responsable de una entidad de iniciativa social, Neus (C026*), plantea que para garantizar los dos elementos clave de este modelo, la personalización y la flexibilidad, es necesario cambiar la rigidez del actual sistema: "las personas tienen necesidades y les es igual desde donde se le dé respuesta (…) la clave es que estas respuestas tengan continuidad y conecten a la persona con su entorno comunitario". Pedro (C010*), gestor de SAD de una empresa privada comenta que "la complejidad de este modelo de 'atención centrada en la persona' no es compatible con una normativa tan estricta como la del SAD". La

[37] Participantes del grupo focal, *Los servicios de cuidado. Compartiendo experiencias.*

aplicación de este modelo en el SAD es aún muy residual. Patricio, gestor de SAD y de un centro de día privado indica lo siguiente:

> A cada domicilio, la atención que se hace es diferente y la auxiliar, cuando va a un domicilio, sabe que puede trabajar más en la memoria con un usuario y, en el siguiente domicilio, que lo que tiene que hacer son ejercicios físicos porque se va adaptando a cada caso. Solo de esta manera y a través de un trabajo en equipo es cuando, realmente, el trabajo puede ser eficaz y al mayor le puede servir. (Patricio, C047)

Mariona (C239*), responsable de una empresa pública gestora de SAD, dice que el modelo de ACP "forma parte del ADN" del servicio, pero también comenta que no está siendo fácil aplicarlo teniendo en cuenta las características del servicio y que es un modelo más desarrollado en la atención residencial. En su caso, se da un contínuum asistencial con servicios sociales, ya que el equipo del SAD está ubicado dentro de los servicios sociales básicos y esto facilita la coordinación y el conocimiento de los casos. Trabajan por objetivos, no por tareas y adaptan los horarios a la persona usuaria del servicio, y las suplencias de personal se cubren con la misma profesional. Para garantizar la aplicación de este modelo en el SAD, dice Mariona, se debería empezar por introducirlo en servicios sociales básicos.

En el ámbito del SAD otra iniciativa interesante que se basa en el modelo de la ACP son las Superilles Socials, que hemos desarrollado en el apartado anterior. Algunas de las gestoras entrevistadas participan de la experiencia.

En los centros de día, algunos testimonios nos explican que trabajan aplicando este modelo. Venancio explica que:

> Hemos desarrollado un sistema basado en la atención a las personas, más que en la atención al servicio. Eso hace que, cada uno de nuestro personal auxiliar, tenga asignado un número de entre cuatro y seis personas usuarias que, habitualmente, no solamente durante el confinamiento, sino ahora, por ejemplo, pues son los que mantienen el contacto con la familia, los que mantienen la comunicación diaria, de cómo va la cosa, de si los ves mejor, si los ves peor… (Venancio, gerente centro de día privado, C092)

La ACP se aplica también en los centros residenciales, tal como se explicará en el capítulo dedicado a residencias (véase Capítulo 4). Mencionaremos aquí únicamente el Proyecto Etxean Ondo Residencias y Centros de Día[38], una iniciativa desarrollada del 2011 al 2014 por el Gobierno Vasco en colaboración con la Fundación Matía Instituto Gerontológico, que intenta reproducir entornos hogareños en los centros gerontológicos para asegurar una vida cotidiana de los residentes similar a la que hacían en su hogar.

Si seguimos la lógica de que la persona se quede en casa y de implementar el modelo de ACP, la asistencia personal es una opción que debe valorarse porque permite cuidados intensivos y retrasar el ingreso en una residencia. Además, la inversión es más rentable. Es un modelo basado en el derecho de las personas con discapacidad a vivir de manera independiente y a ser incluidas en la comunidad. Tal y como defiende José Manuel Ramírez (C241), director de la Asociación Estatal de Directoras y Gerentes de Servicios Sociales: "la asistencia personal es apta, conveniente, y además beneficiosa para todas las personas que tienen necesidad de apoyo, independientemente del género, de la edad y de las necesidades que tenga; simplemente debe tener necesidades de apoyo".

[38] La información de este proyecto está sacada de la página web de Matia Fundazioa, Enlace.

3.9. CONCLUSIONES

En este capítulo hemos analizado el impacto de la covid en las trabajadoras de los siguientes servicios de cuidado: servicios sociales básicos, centros de día, servicios de ayuda a domicilio (SAD) y asistencia personal en cuatro comunidades autónomas: Andalucía, Aragón, Cataluña y Murcia. La metodología cualitativa utilizada nos ha permitido conocer las experiencias y percepciones de las personas entrevistadas, pero, sobre todo, la resiliencia y el empoderamiento al afrontar los enormes déficits del actual modelo de atención a la dependencia. Unos déficits amplificados y agudizados por el impacto de la covid.

Nuestros resultados muestran que, a pesar de la normativa de carácter estatal, existe una cierta diversidad en la organización y regulación de los centros y servicios analizados, en función de la especificidad de cada territorio y de las políticas de los gobiernos de las comunidades autónomas. Hemos observado también algunos déficits en la implementación y consolidación de los servicios sociales como sistema público de protección social, consecuencia, entre otros factores, de su reciente creación, de cierta confusión conceptual, de la falta de una financiación adecuada, de la externalización en la gestión y de la falta de coordinación entre los prestadores de servicios. Por otra parte, hemos identificado déficits en la profesionalización de estos servicios, consecuencia de su falta de valoración, visibilidad y reconocimiento social e institucional, de la feminización de los trabajos de cuidados, y de las precarias condiciones laborales, con una alta temporalidad y bajos salarios (RECIO *et al.*, 2015).

El análisis de los impactos de la pandemia en estos servicios ha puesto en evidencia la fragilidad de nuestro actual sistema de atención a la dependencia con unas carencias significativas en materia de atención a las personas y en la protección a las trabajadoras. El papel de los responsables políticos de las diferentes Administraciones ha sido fundamental para afrontar las incertidumbres y la crisis sociosanitaria provocadas por la covid. Las Administraciones autonómicas y locales han impulsado diferentes normas relacionadas con la atención a las personas mayores, marcando las pautas para la organización de los cuidados y supervisando el funcionamiento de estos servicios. No obstante, en este proceso, se ha percibido improvisación y poca claridad, provocando, en algunos momentos, bastante desorientación y preocupación. A nivel municipal, resaltamos situaciones muy desiguales en función de la política desarrollada, con diversas entidades que difícilmente han podido garantizar la continuidad del servicio y el mantenimiento de los salarios de sus trabajadoras. La desprotección de estas últimas se ha hecho evidente durante este periodo. Además, la falta de EPI, sobre todo al inicio de la pandemia, obligó a desarrollar estrategias informales de protección (por ejemplo, la fabricación propia de mascarillas) y a contar con iniciativas comunitarias en el abastecimiento de material a través de entidades y personas voluntarias.

La declaración de estos servicios como esenciales implicó una cobertura institucional que fue crucial para todos los servicios y aunque esto no significó necesariamente que se realizara la atención desde la infraestructura habitual, sí hubo interés en garantizar el cuidado y evitar los ERTE de los equipos de profesionales. Los servicios sociales básicos continuaron con su actividad, pero se pasó de la presencialidad al teletrabajo y se implementó la intervención telefónica y virtual. Se cerraron los centros de día, no obstante, las Administraciones correspondientes indicaron reconvertir sus actividades y mantener la plantilla de trabajadoras. En los servicios de SAD y asistencia personal hubo suspensiones de servicios por bajas voluntarias de las personas usuarias debido al miedo al contagio y, en algunos casos, se declararon servicios mínimos del SAD por parte de las Administraciones locales. Esto comportó que se reajustaran las jornadas de trabajo, se establecieran turnos y se concentraran los casos por zonas geográficas. Unos cambios que afectaron negativamente a las trabajadoras con una reducción de los salarios o una devolución de las horas de atención cobradas.

Las bajas por covid se han considerado de forma bastante generalizada como bajas derivadas de accidentes laborales, lo cual significa una mejor cobertura en términos económicos para las trabajadoras respecto a las bajas por enfermedad común. Sin embargo, a diferencia del personal sanitario, se consideró el contagio como comunitario, en lugar de enfermedad profesional. En todos los servicios, las dificultades de reclutamiento y nuevas contrataciones, debido al aumento de bajas médicas de las trabajadoras, supuso un problema importante para las gestoras y una sobrecarga de trabajo para las trabajadoras.

La reducción o suspensión de los servicios también tuvo un impacto en las personas usuarias y sus familiares. Por un lado, supuso una refamiliarización de la atención y una sobrecarga para las mujeres, sobre todo para aquellas que debieron responder al mismo tiempo a las exigencias de su actividad laboral. Por otra parte, ha repercutido en el estado de salud de las personas usuarias, que experimentaron un deterioro a nivel físico, cognitivo y emocional. Dos aspectos que ponen en evidencia el carácter esencial de los servicios de cuidado.

El sector de los cuidados ha tenido que adaptarse a la evolución de la crisis, adoptando medidas de prevención, protección y seguridad, que a su vez han incidido en la atención prestada a las personas dependientes, así como en las condiciones de las trabajadoras para realizar los cuidados. Se han introducido cambios en el trabajo de cuidado, primando la atención directa e individualizada, por encima de actividades de tipo social y fuera del entorno doméstico (por ejemplo, en el caso del SAD y de la asistencia personal), y siempre respetando los protocolos que enfatizan el uso de EPI. Otra de las medidas a partir de la pandemia fue la anulación de todas aquellas actividades de limpieza del hogar. Al mismo tiempo, la desinfección cobró especial relevancia, tanto de los domicilios donde se presta el servicio como de las trabajadoras, entendidas estas como potenciales agentes de contagio.

El uso de estas medidas ha conllevado un proceso de concienciación por parte de todos los agentes; las participantes en el estudio piensan que la protección ha añadido una nueva dimensión al trabajo de cuidados, porque, como dicen: "ha llegado para quedarse". Las novedades introducidas con urgencia han modificado significativamente el funcionamiento habitual de los servicios e incluso el propio concepto del cuidado. La dimensión relacional y afectiva cobra especial relevancia justamente cuando se imponía en la nueva normalidad la distancia física por precaución. Por ello, además de prestar atención a la realización de actividades concretas necesarias para el bienestar de una persona, hoy más que nunca, cuando hablamos de cuidado estamos hablando de una dimensión afectiva, subjetiva y corporal, que las trabajadoras que hemos entrevistado han reconocido e implementado a través de esa distancia impuesta.

El esfuerzo de adaptación a la nueva situación, sin embargo, no ha sido del todo reconocida, ni económicamente, ni socialmente. El sector, fuertemente feminizado, ha sufrido las mismas condiciones de precariedad que existían antes de la pandemia y que se han agudizado en este período: temporalidad, jornada parcial, escasez de personal para cubrir bajas o vacaciones, bajos salarios. Como consecuencia, quienes trabajan en este ámbito esencial de atención a las personas dependientes, han soportado una gran carga de tareas y responsabilidades, exponiéndose continuamente al riesgo de contagio, con efectos nocivos para su salud física y mental. Se sintieron muy desprotegidas frente al virus, y esto es destacable en el caso del trabajo en los domicilios, donde se convirtieron en un foco de contagio. Un impacto en la salud que han sobrellevado por la implicación y compromiso que tienen con su trabajo. Además, entidades, empresas y ayuntamientos pusieron a disposición de las trabajadoras apoyo psicológico desde la primera semana del estado de alarma y se activaron canales de comunicación vía WhatsApp y reuniones virtuales de seguimiento. Las trabajadoras subrayan que las estrategias de apoyo mutuo, así como el reconocimiento que han tenido por parte de las personas cuidadas y de sus familiares han sido fundamentales para afrontar la situación.

La invisibilidad y la falta de medios para realizar el trabajo generó sentimientos de rabia e impotencia entre las profesionales, pero la situación también las ha empoderado: son conscientes de la importancia de su trabajo y de que la gente las ha necesitado. En esta situación, el valor que dan a su trabajo minimizó también los efectos negativos de la situación que vivieron. Cabe añadir que esta crisis ha repercutido en un mayor reconocimiento del trabajo de cuidados por parte de las personas usuarias de los servicios, sobre todo por el vacío que significó suspender los servicios.

En línea con lo anterior, las principales demandas del sector se dirigen hacia un verdadero reconocimiento social, consolidar los servicios y sus estructuras organizativas, formativas y de profesionalización, además de mejorar las condiciones laborales de los y las cuidadoras: todas las reivindicaciones apuntan a una revisión del actual modelo de atención a la dependencia. Por ello, hemos considerado pertinente recoger y dar visibilidad a experiencias innovadoras anteriores a la pandemia y que proponen un enfoque diferente de abordar los cuidados de las personas mayores, como el proyecto de intervención con personas mayores Etxean Bizi, impulsado por el Gobierno Vasco y la Fundación Matía con el objetivo de reformular el modelo actual de atención por un modelo de ACP; las Superilles Socials, una iniciativa impulsada por el Ajuntament de Barcelona que se basa en la personalización del SAD, en la proximidad con otros recursos comunitarios y en la autogestión de los equipos; el modelo de gestión del SAD por parte del Ajuntament de Arbúcies, en Cataluña, que recuperó la gestión municipalizada del servicio, antes delegada al Consejo Comarcal, compartida con una cooperativa social, que les permite la proximidad de atención a la ciudadanía, una mayor eficacia, garantizando condiciones laborales estables y adecuadas; y el caso de dos cooperativas de SAD, Maitelan y Babel en el País Vasco, creadas por mujeres inmigradas que decidieron organizarse para mejorar sus condiciones laborales. Estas iniciativas ejemplifican nuevas formas de coordinación y funcionamiento entre los diferentes agentes de los cuidados (la familia, el mercado, el Estado, y la comunidad) y establecen nuevos equilibrios en el reparto de tareas y competencias específicas.

Es oportuno analizar lo que ha pasado a distintos niveles dentro de los servicios de atención a la dependencia y sus consecuencias en las familias y en las personas usuarias, especialmente en las zonas más desprotegidas como, por ejemplo, el ámbito rural. Si entendemos que el cuidado es una cuestión sociopolítica compleja, y que la intervención pública debe responder tanto al derecho a ser cuidado como al derecho a cuidar, podemos entonces construir unos modelos de atención que respondan a la crisis de los cuidados y que no reproduzcan las desigualdades de género, de clase y de origen nacional que se evidencian en el actual sistema existente en España.

3.10. BIBLIOGRAFÍA

AGUILAR, Manuel (2013): "Los servicios sociales en la tormenta", *Documentación Social. Revista de Estudios Sociales y de Sociología Aplicada, 166*, 145-168.

ASOCIACIÓN ESTATAL DE DIRECTORES Y GERENTES DE SERVICIOS SOCIALES (2020): *XX Dictamen del Observatorio*, Enlace.

ASSOCIACIÓ CATALANA DE RECURSOS ASSISTENCIALS (2014): *Informe econòmic i social ACRA del sector d'atenció a les persones grans amb dependència de Catalunya*, Enlace.

BÁÑEZ, Tomasa y COMAS-D'ARGEMIR, Dolors (2021): "El asistente personal como trabajador/a: su implantación en España", *Zerbitzuan*, 74, 113-127.

BENEDICTO, Zorione (2013): "La prestación económica de asistencia personal en el territorio histórico de Gipuzkoa", *Zerbitzuan*, 54, 67-84.

CALZADA, Inés; GÓMEZ, María; GUTIÉRREZ, Marta y HERNÁNDEZ, Ana Lucía (2020): *Monitor de Impacto de la Covid-19 sobre los Servicios Sociales 2020,* Informe de Investigación, Universidad Complutense de Madrid, Enlace.

CARBONELL, Gonzalo José (2017): "El asistente personal para una vida independiente: una figura en construcción", *Revista de Derecho UNED,* 21, 187-216.

— (2019): "El movimiento de vida independiente en España", *Revista Española de Discapacidad*, 7, 2, 201-214.

CASADO, Demetrio (2007): "La rama de los servicios sociales", en Demetrio CASADO y Fernando FANTOVA (eds.), *Perfeccionamiento de los servicios sociales en España: informe con ocasión de la Ley sobre autonomía y dependencia,* Fundación FOESSA, 35-50.

COMISIÓN ECONÓMICA PARA LOS PAÍSES DE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (2020): *La pandemia del COVID-19 profundiza la crisis de los cuidados en América Latina y el Caribe,* Informes COVID-19, Enlace.

COMAS-D'ARGEMIR, Dolors (1995): *Trabajo, género y cultura. La construcción de desigualdades entre hombres y mujeres*, Barcelona, Icaria.

COMISIONES OBRERAS (2020): *Les condicions de vida i de treball de les dones, 2020*, Informe marzo 2020, Enlace.

DEUSDAD, Blanca; COMAS-D'ARGEMIR, Dolors y DZIEGIELEWSKI, Sophia (2016): "Reestructuring long term care in Spain: the impact of the economic crisis on social policies and social work practice", *Journal of Social Service Research*, *42,* 2, 246-262.

DÍAZ, Magdalena y ELIZALDE, Begoña (2015): "Desprofesionalizando el servicio público de asistencia a domicilio en los cuidados de larga duración: análisis de la reconfiguración del sector en la región de Madrid", *Zerbitzuan*, 60, 131-141.

EZQUERRA, Sandra y MANSILLA, Elba (2018): *Economía de los cuidados y política municipal: hacia una democratización de los cuidados en la ciudad de Barcelona*, Barcelona, Ajuntament de Barcelona, Enlace.

FANTOVA, Fernando; CASADO, Demetrio; LÓPEZ-ARÓSTEGI, Rafael; SOTELO, Helena y DÍAZ, Julio (2005): *Situación y perspectivas del sistema público de servicios sociales en la Comunidad Autónoma del País Vasco,* Vitoria-Gasteiz, Dirección de Bienestar Social del Gobierno Vasco, Enlace.

FERREIRA, Miguel (2010): "De la minus-valía a la diversidad funcional: un nuevo marco teórico-metodológico", *Política y Sociedad,* 47, 1, 45-65, Enlace.

FRANCO, Pepa y RUIZ, Blanca (2018): *El trabajo de ayuda a domicilio en España*, Unión General de Trabajadores, Enlace.

FUNDACIÓN ACREDITACIÓN DESARROLLO ASISTENCIAL (2019): *Avaluació de la percepció de les persones usuàries. Prova pilot del nou model d'atenció domiciliària,* Informe Executiu, Barcelona, Ajuntament de Barcelona, Enlace.

HERNÁNDEZ, Ana Lucía y GONZÁLEZ, Paula (2020): "La conciliación no existe y las madres lo sabemos. Los malabarismos de las madres trabajadoras durante la COVID-19", *Cuadernos de Campo*, 29, 114-123.

HOCHSCHILD, Arlie (2011): *La mercantilización de la vida íntima,* Madrid, Katz.

INSTITUTO DE MAYORES Y SERVICIOS SOCIALES (2020): *Servicios Sociales dirigidos a las personas mayores en España,* Informe a 31/12/2019, Madrid, Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030, Enlace.

— (2021): *Información estadística del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia. Situación a 31 de marzo de 2021,* Madrid, Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030, Enlace.

— (s.d.): *Guía sobre Centros de Día para personas mayores en situación de dependencia*, Enlace.

LÓPEZ PÉREZ, Mercedes y RUIZ SEISDEDOS, Susana (2018): "Asistencia personal: equiparación de derechos y oportunidades. Comparativa entre Suecia y España", *Revista Española de Discapacidad* 6, 103-130, Enlace.

MANDELL, Betty Reid (2010): *The crisis of caregiving. Social welfare policy in the United States*, New York, Palgrave Macmillan.

MARTÍNEZ, Teresa (2010): *Centros de atención diurna para personas mayores. Atención a las situaciones de fragilidad y dependencia*, Madrid, Editorial Médica Panamericana.

MINISTERIO DE DERECHOS SOCIALES Y AGENDA 2030 (2020): *Documento técnico de recomendaciones de actuación desde los servicios sociales de atención domiciliaria ante la crisis por Covid-19*, Enlace.

MORENO-COLOM, Sara (2021): "Construyendo comunidad desde lo público: el caso de las Superilles Socials", *Revista Española de Sociología,* 30, 2, a27.

ORTEGA, Elena (2015): *Situación de la asistencia personal en España*, Madrid, PREDIF, Enlace.

PALACIOS, Agustina y ROMAÑACH, Javier (2006): *El Modelo de la Diversidad. La Bioética y los Derechos Humanos como herramientas para alcanzar la plena dignidad en la diversidad funcional*, Madrid, Ediciones Diversitas, Enlace.

PRIETO LOBATO, Juan María; DE LA ROSA GIMENO, Pablo e IZQUIETA ETULAIN, José Luis (2019): "Asistencia personal y discapacidad intelectual: un servicio para la inclusión social", *Revista Española de Discapacidad,* 7, 2, 7-27.

RATZKA, Adolf (2007): *Independent living for people with disabilities: from patient to citizen and customer*, Independent Living Institute, Enlace.

RECIO CÁCERES, Carolina; MORENO-COLOM, Sara; BORRÀS CATALÀ, Vicent y TORNS MARTÍN, Teresa (2015): "La profesionalización de sector de los cuidados", *Zerbitzuan*, 60, 179-193.

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

RODRÍGUEZ CABRERO, Gregorio (2006): "Los 'centros de día' como recurso asistencial para personas en situación de dependencia", *Ars Medica. Revista de humanidades*, 1, 85-99.

RODRÍGUEZ-PICAVEA, Alejandro y ROMAÑACH, Javier (2006): *Consideraciones sobre la figura del asistente personal en el proyecto de Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia,* Foro de Vida Independiente, Enlace.

RODRÍGUEZ, Susana y FERREIRA, Miguel (2010): "Diversidad funcional: sobre lo normal y lo patológico en torno a la condición social de la dis-capacidad", *Cuadernos de Relaciones Laborales,* 28, 1, 64-83.

ROMAÑACH, Javier y LOBATO, Manuel (2005): *Diversidad funcional, nuevo término para la lucha por la dignidad en la diversidad del ser humano*, Foro de Vida Independiente, Enlace.

SORONELLAS, Montserrat; CHIRINOS, Carlos; ALONSO, Natalia y COMAS-D'ARGEMIR, Dolors (en prensa): "Hombres, cuidados y ancianidad: un bricolaje de ayudas, un mosaico de recursos de cuidados", en Raúl CONTRERAS y Ana Bella PÉREZ CASTRO (eds.), UNAM.

TORNS, Teresa (2007): "Les polítiques per a l'organització social de la cura a l'esfera local. Implicacions des de la perspectiva de gènere", en María DE LA FUENTE VAZQUEZ (coord.). *Les àrees de serveis personals: donant perspectiva de gènere a les polítiques socials d'àmbit local,* Barcelona: Institut de Ciències Polítiques i Socials, 27-48.

VILÀ, Antoni (2012): "La nueva generación de Leyes autonómicas de Servicios Sociales (2006-2011): análisis comparativo", *AZARBE, Revista Internacional de Trabajo Social y Bienestar*, 1, 143-155. Enlace.

Capítulo 4
Residencias, las grandes olvidadas

Autoras (Coordinadoras)[1]

Dolors Comas-d'Argemir
Matxalen Legarreta
Cristina García Sainz

Colaboradoras/es[2]

Sílvia Bofill-Poch
Manuel Caramelo
Elena Gil Ochoa
Fernando Lorés
Raúl Márquez
Marina Sagastizábal
Ramona Tigell
Sofía Ugena

[1] El apartado 4.6 ha sido realizado por Raúl Márquez y Sílvia Bofill-Poch.

[2] Las entrevistas para este apartado han sido realizadas por Xabier Ballesteros Olazábal, Tomasa Báñez, Yolanda Bodoque, Sílvia Bofill-Poch, Manuel Caramelo, Salvador Cayuela, Dolors Comas-d'Argemir, Cristina García Sainz, Elena Gil Ochoa, Paula González, Marcela Jabbaz, Matxalen Legarreta, Fernando Lorés, Raúl Márquez, Raquel Martínez-Buján, Carmina Puig, Montserrat Soronellas, Marina Sagastizábal, Ramona Tigell, Ramona Torrens, Sofía Ugena y María Zapata.

ÍNDICE

CONTENIDO

4.1. Introducción: Las residencias ante la covid 247
4.2. Las residencias para personas mayores y para personas con discapacidad en España 251
4.3. Confrontar la pandemia en las residencias 274
4.4. Impacto de la covid en las residencias: perspectiva de directoras y gerentes 292
4.5. Impacto de la covid en las residencias: perspectiva de las trabajadoras 306
4.6. Demandas y reivindicaciones de las familias 323
4.7. Valoración y prismas del cuidado: invisibilidad, vulnerabilidad y significados 339
4.8. Mirando al futuro desde el presente: propuestas de cambio al modelo actual de residencias 353
4.9. Conclusiones 372
4.10. Bibliografía 388

TABLAS

Tabla 4.1. Número de entrevistas realizadas sobre residencias 249
Tabla 4.2. Participantes en las entrevistas según sexo, migración y grupo de edad 250
Tabla 4.3. Centros residenciales para personas mayores. Número de centros según titularidad y número plazas. Cataluña, Madrid, País Vasco 254
Tabla 4.4. Centros residenciales para personas mayores. Tipo de financiación y cobertura. Cataluña, Madrid, País Vasco 255

VIÑETAS

Viñeta 4.1. Modelo de atención centrada en la persona, ¿excepción que confirma la regla? 265
Viñeta 4.2. Impacto de los fallecimientos (María José) 280
Viñeta 4.3. Confinamiento de trabajadoras y residentes 301
Viñeta 4.4. Vivian, trabajar en primera línea 310

Capítulo 4

Residencias, las grandes olvidadas

4.1. INTRODUCCIÓN: LAS RESIDENCIAS ANTE LA COVID

A inicios del 2021, según datos del Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO), la cifra de fallecimientos por coronavirus en las residencias de mayores y dependientes ascendía a 26.345 tanto por covid confirmada como por síntomas compatibles[1]. España no fue el único país que sufrió este fuerte impacto de la pandemia en los centros residenciales, aunque sí fue uno de los que lo padeció con mayor virulencia (COMAS-HERRERA *et al.*, 2020a; COMAS-HERRERA *et al.*, 2020b). El uso de habitaciones y espacios compartidos, las pluripatologías de muchas personas residentes, más la constante entrada y salida de visitantes y de trabajadoras en las residencias explican la facilidad de propagación del virus. "Cuando nos dimos cuenta, ya lo teníamos dentro" (Ramona, C196*)[2]. Así se expresan muchas de las directoras que hemos entrevistado. En la primera fase de la pandemia, el virus impactó en todo tipo de centros, públicos y privados, para personas mayores o para personas con discapacidad. Las residencias se convirtieron en el epicentro de la crisis. Desconocimiento del virus, falta de pruebas diagnósticas, falta de equipos de protección, desconcierto ante protocolos que variaban cada día, casos asintomáticos que pasaban desapercibidos, mezcla de personas que tenían la enfermedad con otras que parecían tenerla, impacto de los contagios en las trabajadoras, impotencia ante una situación que desbordó cualquier previsión. A todo ello se añade la ostentosa falta de atención sanitaria y la sensación de abandono por parte de los poderes públicos. Y los fallecimientos: muertes en soledad, dolor de las familias, llanto, indignación.

Los estudios realizados hasta el momento identifican la falta de coordinación sociosanitaria como un problema estructural importante, que se agravó con la crisis del coronavirus (DEL PINO *et al.*, 2020; GRUPOS DE TRABAJO COVID-19, 2020; GRUPO DE TRABAJO MULTIDISCIPLINAR, 2020, MÉDICOS SIN FRONTERAS, 2020; SERVICIO DE INFORMACIÓN E INVESTIGACIÓN SOCIAL [SIIS], 2020). Los centros residenciales fueron ignorados política y epidemiológicamente en los inicios de la pandemia, lo que permitió que el virus se cebara con las personas residentes y con las trabajadoras. El sistema sanitario colapsó y la atención a las residencias se dejó de lado; se restringió el acceso hospitalario a quienes procedían de geriátricos y se dejó morir así a personas que podían haber seguido viviendo. En las residencias se realizaron esfuerzos titánicos para salvar vidas, pero se las culpó de unas muertes que el sistema sanitario no atendió. Y mientras los profesionales sanitarios gozaron de reconocimiento por su esfuerzo y labor en los hospitales, las profesionales del ámbito residencial sufrieron condena social. "He vivido una guerra en la que no he tenidos medios, y en la que he sido juzgada de antemano como asesina o porque acumulaba muertos", sentenció con amargura la directora de una residencia en su comparecencia ante la Asamblea de Madrid[3]. Discriminación por edad (también denominada edadismo) hacia la población mayor y discriminaciones por discapacidad vulneraron los derechos y dignidad de estas personas. Las demandas de familiares que han derivado en actuaciones judiciales muestran, a su vez, la inseguridad jurídica de los gestores ante las medidas adoptadas. El *Informe del grupo de trabajo Covid 19 y residencias* (GRUPOS DE TRABAJO COVID-19, 2020) es suficientemente claro y contundente respecto a todas estas dimensiones.

[1] IMSERSO, Informe semanal COVID-19 en Centros Residenciales.

[2] Para indicar las citas traducidas del catalán al castellano se usará un asterisco (*) después del código de la persona participante.

[3] Diario de Sesiones de la Asamblea de Madrid, 13 de novembre de 2020, p.17517.

Factores sociales, políticos y culturales que dan poco valor al cuidado social, especialmente al relacionado con la vejez y la discapacidad, explican el olvido que sufrieron las residencias a inicios de la pandemia (DALY, 2020; DEUSDAD, 2020). La infrafinanciación incidió también (COSTA-FONT *et al.*, 2021). No vamos a reiterar las causas que provocaron el elevado impacto del coronavirus en los centros residenciales, puesto que están ya diagnosticadas. Nuestro interés es centrarnos en lo que el coronavirus ha desvelado respecto a la atención residencial: un modelo obsoleto que no sirve para las finalidades para las que se desarrolló; un modelo frágil, que los protocolos emanados desde el ámbito sanitario contribuyeron a fragilizar más; un modelo que sí sirve para las finalidades lucrativas de grandes grupos empresariales, pero que resulta insatisfactorio para las necesidades de cuidados de personas mayores y personas en situación de dependencia. Un modelo asentado en la precarización de las trabajadoras, mayoría mujeres, del sector. El coronavirus ha levantado la alfombra que no nos dejaba ver lo que se escondía debajo de ella. O que no queríamos ver.

Este capítulo lo dedicaremos al impacto de la covid en las residencias de personas mayores y personas con discapacidad, poniendo el foco en las trabajadoras y en las formas de cuidar en el momento más álgido de la pandemia y en la situación posterior. Iniciamos este apartado de introducción con la mortal irrupción de la pandemia en los centros residenciales para presentar el interés y los objetivos de este capítulo y explicar la muestra de entrevistas, grupos focales y talleres en que se basa la investigación. El segundo apartado presenta las características de los centros residenciales en España por lo que respecta a su titularidad, formas de gestión, tamaño de los centros y formas de acceso. Presentamos también lo que implica trabajar en una residencia, tanto desde la mirada de las directoras y gerentes como de las trabajadoras, mostrando las condiciones laborales y precarización del trabajo. El tercer apartado se adentra ya en el contexto de la pandemia y analiza la aplicación de los protocolos emanados desde las Administraciones públicas, la ostentosa falta de coordinación sociosanitaria, la reorganización y sectorización de los centros, así como las medidas de protección de residentes y de trabajadoras que, por su tardanza, agravaron los contagios y provocaron numerosas bajas laborales. El cuarto apartado analiza la situación a partir de la perspectiva de las directoras y gerentes de los centros, poniendo la atención en cómo gestionaron la aplicación de protocolos y la falta de personal en los momentos más álgidos de la pandemia, así como la relación con familias; también cómo ellas sufrieron las tensiones entre su trabajo y su vida personal y familiar. El quinto apartado se centra en las experiencias y percepciones de las trabajadoras, cómo se alteraron los tiempos y modos de trabajo y, situadas en primera línea en la lucha contra el virus, cómo afrontaron tener que cuidar ataviadas con los equipos de protección individual (EPI) y qué estrategias desarrollaron para relacionarse con las personas cuidadas; también tratamos el impacto de estas condiciones laborales en la salud de las trabajadoras y en la conciliación con la vida familiar. El sexto apartado se dedica a las familias que, sufriendo por las personas allegadas residentes en los centros, se organizaron para exigir responsabilidades y hacer demandas para la mejora de las residencias. Analiza, pues, estas iniciativas que agruparon a familiares indignados, algunas de las cuales existían ya antes de la pandemia. El séptimo apartado trata la falta de valoración del cuidado social desde el prisma de las residencias, relacionado con la feminización de la actividad y su relación con la vejez y la discapacidad. Constata el agravio sentido por directoras y trabajadoras por la falta de reconocimiento de sus esfuerzos para salvar vidas y el sensacionalismo de los medios de comunicación. El octavo apartado afronta un aspecto que ha surgido de forma ostensible en la investigación como es la necesidad de cambiar el modelo actual de las residencias. Se presenta a partir de la experiencia de directoras y trabajadoras, así como de las perspectivas de representantes políticos y personas expertas. Finalmente, se llega a las conclusiones en el apartado noveno, donde, primero, cruzamos los relatos de directoras, trabajadoras y familiares que, a pesar de tener distintas miradas y percepciones (a veces

incluso antagónicas), identifican los principales problemas del sector, para, después, pasar a explicar los principales hallazgos de la investigación. Terminamos este capítulo con la relación de la bibliografía citada en el mismo.

Tal como hemos indicado en la introducción de este capítulo, nuestro análisis se realiza principalmente a partir de la reconstrucción de las experiencias y percepciones de las directoras y de las trabajadoras del sector, así como de familias, respecto a cómo han vivido la pandemia, y cuál ha sido su impacto en las formas de cuidar. Acotamos nuestro análisis a tres comunidades autónomas: Cataluña, Madrid y País Vasco, que, en ocasiones, completamos con datos de carácter general y experiencias en otros territorios.

Hemos realizado 117 entrevistas, 3 grupos focales y 5 talleres de debate. Las entrevistas a directoras, trabajadoras y familiares han sido anonimizadas, de manera que utilizamos pseudónimos para referirnos a ellas. No hemos anonimizado a quienes tienen cargos técnicos, sindicales, políticos, o asociativos, cuando así lo han autorizado. La distribución de las entrevistas ha sido la siguiente:

Tabla 4.1. Número de entrevistas realizadas sobre residencias

	Total	Ámbito territorial				
		Cataluña	Madrid	País Vasco**	Otras CCAA	España
Directoras y gerentes	19	8	5	5	1	-
Trabajadoras	40	15	11	10	4	-
Sindicatos	8	3	-	4	1	-
Patronales	2	-	-	-	-	2
Familiares	20	10	7	3	-	-
Técnicas/os Administración	5	4	-	-	1	-
Políticas/os	16	4	2	6	-	4
Personas expertas	7	-	-	-	-	7
Total	117	44	25	28	7	13

**En el caso del País Vasco se han hecho 13 entrevistas en Gipuzkoa, 9 en Bizkaia, 4 en Araba/Álava y 2 que abarcan el conjunto del territorio vasco.

Las entrevistas se empezaron a hacer a finales de junio de 2020; mayoritariamente se realizaron en el último trimestre del 2020 y en algunos casos ya a inicios del 2021. Algunas fueron presenciales y otras virtuales, atendiendo las preferencias de las personas entrevistadas. Fueron entrevistas largas (entre dos y tres horas de duración). Las primeras entrevistas fueron mucho más emotivas y difíciles de realizar que las que se hicieron posteriormente debido a lo reciente que era la parte más terrible de la pandemia. Sin embargo, tanto directoras como trabajadoras querían explicar sus experiencias y consideraban importante dar valor al cuidado social y que se conocieran sus esfuerzos para salvar vidas. También los familiares sentían la necesidad de compartir su dolor e indignación.

En la selección de entrevistas se ha tenido en cuenta las particularidades de cada uno de los ámbitos que hemos analizado, de manera que, en el País Vasco, se han realizado entrevistas en cada uno de los Territorios Históricos. Mayoritariamente, las entrevistas atañen a las residencias para personas mayores, en menor medida a las de personas con discapacidad y algunas tratan de ambos colectivos.

En el caso de las entrevistas realizadas al personal de las residencias (Directoras y gerentes, y Trabajadoras) hemos tenido en cuenta la diversidad de titularidad de los centros y de las

formas de gestión. Así, 24 entrevistas corresponden a residencias públicas (2 autonómicas, 12 locales y 3 provinciales, de las cuales 7 son de gestión directa); 18 entrevistas corresponden a residencias privadas y 19 a residencias del Tercer Sector. También tuvimos en cuenta el tamaño de las residencias, de manera que 9 entrevistas corresponden a personal de residencias con menos de 50 plazas, 25 a residencias entre 50 y 99 plazas y 26 a residencias con más de 100 plazas (de las cuales, 7 corresponden a macroresidencias, con más de 300 plazas).

Hemos entrevistado a dos representantes sindicales de Comisiones Obreras (CCOO) de Cataluña, a dos de la Unión General de Trabajadoras y Trabajadores (UGT), una de Cataluña y otra de Aragón, y a cuatro de Eusko Langileen Alkartasuna-Solidaridad de los Trabajadores Vascos (ELA). De la patronal, hemos entrevistado a la presidenta y al secretario del Círculo Empresarial de Atención a las Personas (CEAPs). También entrevistamos a representantes políticos: el secretario de Estado en Derechos Sociales, el director del IMSERSO, dos representantes del Congreso de Diputados (Partido Socialista Obrero Español [PSOE] y Esquerra Republicana de Catalunya [ERC]), 2 representantes de la Asamblea de Madrid (PSOE y Partido Popular [PP]), 4 representantes del Parlament de Catalunya (En Comú-Podem, Partido de los Socialistas de Catalunya [PSC], PP y Candidatura d'Unitat Popular [CUP]), 1 representante del Parlamento Vasco (EH Bildu) y 6 junteros de la Junta de Bizkaia (EH Bildu, PP, Partido Socialista de Euskadi [PSE], Partido Nacionalista Vasco [PNV] y 2 de Elkarrekin Podemos). Finalmente, hemos realizado 20 entrevistas a representantes de trece asociaciones y plataformas de familiares, una de ellas de ámbito estatal, y las demás de Madrid (4), de Cataluña (5), de Bizkaia (2) y de Gipuzkoa (1).

El número de personas participantes en las entrevistas ha sido de 125, ya que en algunos casos la entrevista se realizaba a dos personas conjuntamente[4]. En la Tabla 4.2 presentamos la composición de las personas participantes.

Tabla 4.2. Participantes en las entrevistas según sexo, migración y grupo de edad

Participantes	Mujeres	Hombres	Total	Extranjeras	16 a 24 años	25 a 54 años	Más de 54 años	s.d.
Personal directivo	16	6	22	1	-	14	6	2
Personal técnico	14	2	16	0	-	14	1	1
Personal auxiliar	24	4	28	9	2	21	5	-
○ Auxiliares/gerocultoras	17	4	21	8	2	15	3	-
○ Personal de limpieza	7	0	7	1	-	5	2	-
Total personal	54	12	66	10	2	48	12	3
Patronales	1	1	2		-	-	-	-
Sindicatos	6	2	8		-	-	-	-
Familiares	14	6	20		1	8	10	-
Técnicas/os Admins.	3	2	5		-	-	-	-
Políticos/as	8	9	17		-	-	-	-
Personas expertas	5	2	7		-	-	-	-
Total	91	34	125					

[4] Incluimos al final del informe una tabla con los datos de las personas entrevistadas. Véase Anexo 1, *Tabla A.1.5. Capítulo 4 Residencias. Participantes en las entrevistas.* La tabla contiene los datos de las personas que participaron en las entrevistas individuales. Para los datos de las personas participantes de los grupos focales consultar la sección Grupos Focales del mismo anexo.

Los tres grupos focales se realizaron en Cataluña en el marco de un ciclo de actividades sobre cuidados de larga duración[5]. El primer grupo focal (F006), que denominamos *Los servicios de cuidado*, estuvo compuesto por 8 directoras y gerentes de servicios residenciales y/o de servicios de atención domiciliaria, tanto públicos como privados, tanto de entidades del Tercer Sector, como de grandes grupos empresariales. El segundo grupo focal (F005), que denominamos *Trabajadoras del cuidado* agrupó a trabajadoras de residencias, de servicios de atención domiciliaria y empleadas de hogar. El tercer grupo focal (F008), que denominamos *Envejecer en una residencia*, agrupó directoras y gerentes, trabajadoras y familiares. En estos grupos focales se trataba de poner en contacto los distintos agentes que intervienen en el cuidado de personas mayores y personas con discapacidad para cruzar perspectivas, identificar problemas comunes y debatir los límites y posibilidades de un cambio del modelo residencial, especialmente lo que supone aplicar la atención centrada en la persona (ACP).

Finalmente, hemos de mencionar las Jornadas de co-creación *Modelos alternativos de cuidado*, con la realización de cinco talleres de debate realizados en mayo de 2021. En cada uno de ellos intervinieron dos personas expertas para debatir propuestas de futuro del actual modelo de atención a personas mayores y dependientes y se trató específicamente la situación de las residencias.

4.2. LAS RESIDENCIAS PARA PERSONAS MAYORES Y PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN ESPAÑA

4.2.1. CARACTERÍSTICAS DE LOS SERVICIOS RESIDENCIALES

4.2.1.1. DE LOS ASILOS A LAS RESIDENCIAS-HOGAR; DE LAS RESIDENCIAS-HOGAR A LAS RESIDENCIAS ASISTIDAS

Actualmente las personas mayores no van voluntariamente a una residencia; las llevan. Así nos lo confirman las personas familiares participantes en la investigación y nos lo confirman las directoras de residencias. "Las residencias nunca han sido un modelo ideal, pero sí necesario", nos dice Sara (F006*), directora de una residencia privada, para añadir: "A las familias les cuesta mucho tomar la decisión de llevar a una persona mayor a una residencia y lo hacen en un momento de desesperación". De desesperación: lo subrayamos, cuando ya no pueden más, cuando ya no pueden dar a la persona que cuidan lo que necesita porque requiere una atención más especializada. Es así. Todas las personas nos lo indican. Y algunos familiares manifiestan, además, prejuicios e inconvenientes que les hace ser contrarios a esta opción. Por ello, Joan (F008), director de una residencia pública, habla incluso del estigma de las residencias, que él intentaba combatir con la apertura hacia el territorio. Pero la covid fulminó esta iniciativa y empeoró el estigma.

Cuando las familias se plantean ingresar a su familiar en una residencia es porque resulta ya prácticamente imposible poderla atender en el hogar y empieza entonces un itinerario complicado. No lo es si se trata de una plaza privada, pero sí cuando es pública. Hay una lista de espera que puede ir desde los seis meses a los 5 años y esto genera inevitablemente un proceso de selección social. Quien no tiene dinero, ha de esperar, y la espera puede ser larga, con lo que ello supone para unas familias agotadas y al límite de sus fuerzas. También existe la opción de ocupar, entre tanto se espera el turno, una plaza privada, pero entonces se ha de

[5] Estos grupos focales se realizaron en el contexto del ciclo de actividades *Envejecimiento y necesidades de cuidado. Una cuestión social y política.* Proyectos de reflexión del Palau Macaya. Fundación Bancaria La Caixa. Fueron organizados por los equipos de la Universitat Rovira i Virgili y la Universitat de Barcelona. El ciclo de actividades tuvo lugar entre enero y marzo del año 2021.

poder pagar. También se puede pedir una prestación vinculada al servicio (PEVS), que cubre una parte de él, pero esto implica la necesidad de añadir 1.500 o 2.000 euros más para cubrir el coste de la plaza, cosa que no puede hacer cualquier persona. Por todo ello, en la práctica, hay de hecho una selección social.

Quedan lejos los años en los que había asilos, atendidos por órdenes religiosas, que acogían a personas necesitadas, con marcado acento asistencial, y estigmatizados por esta razón. El incremento de la longevidad, junto con los profundos cambios en las familias, contribuyó a la creación de residencias para la tercera edad desde iniciativas privadas o desde la Administración pública para personas de clases medias o altas. El gran cambio fue aceptar que las personas mayores (y no solo las desamparadas) tenían derecho a ser asistidas, pasando su cuidado de ser un asunto familiar a ser un deber social.

La creación de un sistema público de servicios sociales en los años ochenta del siglo pasado contribuyó a entender el cuidado como un asunto social. Entidades locales, diputaciones forales y comunidades autónomas empezaron a construir servicios residenciales, aunque de forma muy limitada, lo que propició la expansión de las empresas mercantiles y de iniciativa social. Baste mencionar como ejemplo que, en la ciudad de Barcelona, en 1966, había solo 18 residencias (ninguna de ellas privada: 4 públicas y 14 del tercer sector social, prácticamente todas ellas de órdenes religiosas), mientras que en 1988 el número de residencias ascendía a 208, con un claro predominio de las privadas (un 64,9%), una presencia importante del tercer sector social (26,9%), y un sector público muy pequeño (un 7,2%) (BARENYS, 1992). Las empresas privadas mercantiles entran pues en el sector residencial cuando esta actividad hace posible generar negocio. En este contexto se creó una polarización social: los recursos públicos se destinaban a los más pobres y los mercantiles a los más ricos. Así, una amplia franja de población, las clases medias, no tenía ningún tipo de apoyo, porque sus rentas no eran tan bajas como para poder acceder a las residencias públicas ni eran suficientemente altas como para acceder a las privadas (COMAS-D'ARGEMIR, 2015; ADELANTADO y NOGUERA, 2000). Ante esta tensión se evidenció la necesidad de unas políticas de cuidados de larga duración, como se habían desarrollado ya en otros países europeos (RODRÍGUEZ- CABRERO y MARBÁN, 2013).

La *Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia* (LAPAD), aprobada en 2006, supuso un cambio muy importante respecto a esta situación. Se multiplicaron las residencias asistidas y el aumento de la inversión pública atrajo a grandes empresas y a fondos de inversión. El sector público, por su parte, amplió su capacidad mediante la concertación de plazas en centros privados. La crisis económica supuso una ralentización en la aplicación de la Ley de Dependencia (DEUSDAD, *et al.*, 2016). Las necesidades de cuidado continuaban aumentando y, con ellas, iban creciendo también las listas de espera para poder acceder a una plaza pública. Todo este proceso implicó un notable incremento del sector ocupacional de los cuidados, aunque con muchas dificultades para su profesionalización (MORÉ, 2015; RECIO CÁCERES *et al.*, 2015).

Hasta aquel entonces predominaban los hogares-residencias, en los que, junto a personas que requerían cuidados, vivían también personas mayores activas que las acompañaban o que no querían vivir solas. Empezaron a construirse también residencias asistidas para quienes requerían mayor atención por su situación de dependencia: "las residencias de válidos y las de no válidos, como las llamábamos antes", nos dice Carme (C024*), directora de una residencia. Desde el momento en que entra en vigor la Ley de Dependencia se modifica el perfil de las personas residentes, pues las plazas públicas son para atender a personas con el grado 2 ó 3 de dependencia. Actualmente, las personas que habitan en una residencia tienen una edad muy avanzada, pues el 80,4% cuenta con 80 o más años (IMSERSO, 2020). Así, Ramona (C196) especificaba que en la residencia pública de la que es directora, la media de

edad en el año 2019 era de 87,7 años, un 65% de residentes tenía el grado 3 de dependencia y existía una elevada complejidad patológica que requería cuidados especializados.

Las residencias, especialmente las de mayor tamaño, se constituyen como instituciones totales (GOFFMAN, 1961), en el sentido que en el momento en que se ingresa en ellas, la persona queda separada del conjunto social: se convierte en residente, usuario, cliente o abuelo; ha de adaptarse a los ritmos y lógicas de la institución, y su vida pasa a estar monotorizada y controlada por profesionales (y externamente por sus familias). Por ello, este modelo institucionalizado puede considerarse una forma de exclusión social (VILLAR *et al.*, 2021). En los últimos años ha habido esfuerzos para revertir dicha situación incorporando un modelo más holístico e individualizado, la ACP, que implica reconocer los derechos y dignidad de la persona, sus intereses y preferencias, así como su participación efectiva (RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, 2010). El principio es que el servicio se adapte a la persona, y no al revés. Podremos comprobar que, aunque la ACP es un modelo de referencia y que prácticamente todas las residencias lo proclaman, de hecho, se aplica de forma muy limitada, pues requiere unos recursos y una formación del personal que solo en unos pocos casos se lleva adelante. Además, la pandemia ha interrumpido los procesos que se habían iniciado al respecto.

4.2.1.2. RADIOGRAFÍA DE LOS CENTROS RESIDENCIALES EN LA ACTUALIDAD

Empezamos este apartado constatando que las residencias de personas mayores constituyen un mundo básicamente femenino, tanto por lo que afecta a residentes como al personal que trabaja en ellas. Las mujeres tienen una esperanza de vida superior a la de los hombres, lo que significa que hay muchas más mujeres solas en las últimas etapas de la vida. Así, la mayoría de residentes en el año 2019 son mujeres (un 70,9%), porcentaje que aumenta entre aquellos mayores de 80 años (un 75,2%) (IMSERSO, 2020[6]). Por otra parte, y según los datos de la Encuesta de Población Activa (EPA), las personas que trabajan en residencias también son mujeres (un 91,9%). Algunas de ellas, en los trabajos más precarios, son de origen extranjero (un 25,6%) (véase Capítulo 1, apartado 1.5.2).

Los centros residenciales están adscritos a las comunidades autónomas, que tienen las competencias exclusivas en servicios sociales, tal como reflejan sus respectivos estatutos de autonomía. El País Vasco se rige por una organización propia y diferenciada, pues son las diputaciones forales quienes tienen las competencias en residencias y atención social secundaria, lo que marca divergencias entre provincias. Es importante tener en cuenta este marco competencial para entender algunas de las diferencias en la organización y financiación del sistema de atención a la dependencia y sus repercusiones en los centros residenciales (véase Capítulo 1). Así, por ejemplo, el País Vasco es una de las comunidades autónomas que ha ido aportando mayor financiación para la atención a la dependencia, en tanto que la Comunidad de Madrid es una de las que menos lo ha hecho (DEUSDAD *et al.*, 2016). Cataluña, por su parte, ya llevaba años afrontando políticas para la vejez (como el programa Vida als Anys, de 1988, o el de Acogida residencial per a persones majors, de 1992) (COMAS-D'ARGEMIR, 2015).

Esta distribución competencial contribuye a que el sector de las residencias sea especialmente heterogéneo y complejo, tanto por su diversidad, como por la propia diferencia de criterios a la hora de definir un centro residencial para personas mayores o dependientes por parte de

[6] El Portal de Envejecimiento en red del CSIC (ABELLÁN GARCÍA *et al.*, 2020), cifra en 333.920 el número de personas que habitan en residencias en España en el año 2019, pero en su cálculo no hacen desagregación por sexos. Los datos de IMSERSO (2020), correspondientes también a 2019, aportan una cifra más baja, 247.461 residentes, a falta de datos de Aragón, Canarias, Extremadura y Galicia. Esta cifra supone un descenso respecto al año anterior, que era de 276.924 residentes.

cada una de las comunidades autónomas o diputaciones forales (ABELLÁN GARCÍA *et al.*, 2019). Esto hace que, a su vez, las distintas fuentes de datos no coincidan entre sí.

Tal como puede verse en la Tabla 4.3, en España hay 5.542 centros residenciales que disponen de unas 389.031 plazas para atender a personas mayores. La mayoría de estos centros, 4.107 (74,1%), son privados, mientras que 1.435 son de titularidad pública (25,9%). La Comunidad de Madrid es la que acumula una mayor proporción de centros residenciales privados (un 86,8%), seguida por Cataluña (85,1%) y a algo más de distancia, el País Vasco (74,1%). Gipuzkoa, por su parte, es la provincia que cuenta con más centros públicos (38,5%), de manera que los privados representan un 61,5%, porcentaje que está muy por debajo de las otras provincias vascas y comunidades autónomas.

Tabla 4.3. Centros residenciales para personas mayores. Número de centros según titularidad y número plazas. Cataluña, Madrid, País Vasco

Comunidad autónoma	Población > 65 01/01/2020	Número de centros			Plazas (nº medio)	Número total de plazas
		Total	Públicos	Privados		
Cataluña	1.468.233	1.154	172	982	55,8	64.637
Madrid, Comunidad de	1.208.776	476	63	413	109,6	52.156
País Vasco	499.428	279	72	207	67,7	18.897
○ Araba/Álava	70.273	60	14	46	49,4	2.962
○ Bizkaia	265.752	154	33	121	69,5	10.709
○ Gipuzkoa	163.203	65	25	40	80,4	5.226
España	9.217.464	5.542	1.435	4.107	70,2	389.031

Fuente: IMSERSO, 2020. Elaboración propia.

El tamaño de los centros es un factor importante a tener en cuenta, y más actualmente, puesto que con el impacto de la pandemia se considera una mejor solución optar por centros pequeños o agrupar residentes por unidades de convivencia en centros grandes. El tamaño medio en España se sitúa en 70,2 plazas, lo que supone un notable incremento respecto al año 2009, cuando prevalecían los de menos de 50. Que los centros fueran pequeños se consideraba positivo por parte del IMSERSO, que aconsejaba abandonar los modelos de las macroresidencias por no favorecer la atención personalizada y por alejarse de la idea de hogar, que hacía que fuesen percibidas como "modelos residenciales ya superados" (IMSERSO, 2009: 31-33). A pesar de estas valoraciones contrarias a los grandes centros, el modelo de las macroresidencias se ha implantado especialmente en la Comunidad de Madrid, donde un 41,9% de los centros supera las 100 plazas (frente al 17% en Cataluña y el 16% en el País Vasco) (ABELLÁN GARCÍA *et al.*, 2021). Más todavía, 17 centros superan las 300 plazas, y el mayor de ellos tiene nada menos que 604 plazas[7]. Esto es así tanto en centros de titularidad pública como privada, lo que refleja una voluntad política de planificarlos de esta manera, y también intereses empresariales. Esta especificidad de Madrid se refleja en la Tabla 4.3, donde se observa que el tamaño medio de los centros, 109,6 plazas, se sitúa por encima del promedio estatal y de las demás comunidades autónomas. En 2002, el promedio en la Comunidad de Madrid era solo de 68,7 plazas (IMSERSO, 2003), lo que nos indica que los macrocentros han sido construidos en su mayoría recientemente a pesar de haberse constatado no ser adecuados.

En Cataluña, en cambio, abundan las residencias pequeñas (y las microresidencias); tanto es así que más de la mitad (59,1%) tienen menos de 50 plazas y un 17,1% tiene menos de 25. Las residencias muy pequeñas ofrecen entornos más parecidos a los hogares, pero esto no siempre

[7] Residencia Doctor González Bueno, en la ciudad de Madrid (pública autonómica). Envejecimiento en red (2020).

es garantía de que ofrezcan mejor calidad de atención: depende de las instalaciones, de los servicios y del personal disponible. En todo caso, se constata la tendencia a que disminuya el número de residencias más pequeñas y se incremente, en cambio, el de mayor tamaño, la más grande de las cuales tiene 322 plazas[8].

En el País Vasco hay notables diferencias entre provincias. En Araba/Álava predominan claramente las microresidencias (las llamadas viviendas comunitarias): las que tienen menos de 25 plazas representan el 56,5% del total (un 81,9% si agrupamos las plazas inferiores a 50). También en Bizkaia abundan las residencias pequeñas (menos de 50 plazas), que suponen un 63,4%. En Gipuzkoa, en cambio, representan solamente un 37,7% del total y es donde la agrupación de centros según su tamaño se encuentra más equilibrada. En el País Vasco no abundan los macrocentros, aunque sí hay residencias grandes, y la de mayor tamaño alcanza las 335 plazas[9].

Los centros de titularidad privada, tal como hemos podido comprobar en la Tabla 4.3 representan una aplastante mayoría (un 74,1% del total). Entre ellos hay una gran diversidad y, además, es un mundo cambiante por el continuo proceso de concentración empresarial. El principal operador privado es la Iglesia católica, poco visible, porque funciona desde múltiples congregaciones religiosas y fundaciones. Algunas de ellas están entre los grandes grupos del sector, mientras que también hay pequeñas congregaciones que aplican los principios de la beneficencia y la caridad (RICO, 2020: 106-107. En el caso de las residencias, el denominado Tercer Sector, o de iniciativa social, está conformado en casi su totalidad por este conjunto de órdenes eclesiásticas. Las entidades sin ánimo de lucro no eclesiásticas son pocas y tienen la dificultad de funcionar en un contexto en el que se impone la lógica de competitividad y lucro.

Tabla 4.4. Centros residenciales para personas mayores. Tipo de financiación y cobertura. Cataluña, Madrid, País Vasco

Comunidad autónoma	Número de plazas (tipo de financiación %)			Índice de cobertura (tipo de financiación)		
	Total	Pública(%)	Privada(%)	Total	Pública	Privada
Cataluña	64.637	71,2%	28,8%	4,38	3,12	1,26
Madrid, Comunidad de	52.156	43,2%	56,8%	4,31	1,87	2,45
País Vasco	18.897	74,4%	25,6%	3,78	2,82	0,97
○ Araba/Álava	2.962	67,9%	32,1%	4,20	2,85	1,35
○ Bizkaia	10.709	70,0%	30,0%	4,03	2,82	1,21
○ Gipuzkoa	5.226	87,3%	12,7%	3,20	2,8	0,41
España	389.031	62,30%	37,70%	4,22	2,63	1,59

Fuente: IMSERSO, 2020. Elaboración propia.

Como se constata en la Tabla 4.4, a pesar de que la mayor parte de residencias son privadas, la mayoría de las plazas están financiadas con fondos públicos (un 62,3% en el conjunto de España). Destaca Gipuzkoa, que concierta el 87,3% de las plazas acreditadas en su territorio, muy por encima de la media del Estado. También Cataluña (71,2%), Bizkaia (70%) y Araba/Álava (67,9%) están por encima de la media estatal, mientras que la Comunidad de Madrid (43,2%) está muy por debajo. El modelo guipuzcoano se caracteriza por una altísima tasa de concertación (87,3%) y ratios de personal elevados. Esto hace que este territorio no sea atractivo para lucrarse con altas rentabilidades por euro invertido (GÓMEZ ORDOQUI, 2018:

[8] Lepant Residencial, situada en la ciudad de Barcelona (privada). Envejecimiento en red (2020).

[9] Complejo Residencia Santa Teresa, en Barakaldo (privada). Envejecimiento en red (2020).

163). Con esta constatación, tenemos la clave de los factores que intervienen en los costes y beneficios de las residencias: o bien son un medio de vida (básicamente las de iniciativa social), o bien un negocio lucrativo. Parte importante de esta diferencia tiene que ver con las retribuciones del personal. En todo caso, las condiciones que impone la Administración, los medios que aporta y el grado de control que realiza son esenciales también.

Los centros concertados o colaboradores han de asumir el precio público anual que fija la Administración y que varía según las comunidades autónomas o diputaciones forales, por lo que parece estar más relacionado con la capacidad presupuestaria de cada una de ellas que con los costes reales de las plazas financiadas. Las personas usuarias pagan una parte del coste de esta plaza. El importe del copago también varía, así como la proporción que representa respecto al coste total. Según datos de IMSERSO (2020), en Gipuzkoa la aportación promedio anual del usuario es de 15.685,90 € (un 65,7% del coste de la plaza). En Cataluña es menos de la mitad, 6.812,14 € (un 34,4% del coste) y en Madrid todavía inferior, 5.889,31 € (un 20,9%). La persona residente paga en función de su patrimonio, y el resto del coste de la plaza lo aporta la Administración.

Otra fórmula ampliamente utilizada, son las prestaciones económicas vinculadas al servicio (PEVS), que también se denominan, cheque servicio. En este caso el usuario recibe una aportación de la Administración, cuyo importe depende del grado de dependencia, que ayuda a pagar el coste de una plaza privada. Está ampliamente utilizada en Araba/Álava y en Bizkaia, también en Madrid y en Cataluña (donde ha habido períodos de interrupción en la concesión de esta prestación).

En el balance público-privado hay que añadir otra consideración: la mayor parte de residencias públicas están gestionadas por empresas privadas o de iniciativa social. Así los centros públicos con gestión indirecta superan el 50 por ciento en Castilla-La Mancha (84,3%)[10], Comunitat Valenciana (74,4%), La Rioja (71,4%), Cataluña (68,3%), Madrid (68,3%), Canarias (61,8%) y Euskadi (58%) (RICO, 2021: 253). La privatización de la gestión de los centros es, pues, una realidad incuestionable. También en este aspecto hay diversidad entre las comunidades autónomas analizadas, aunque, en términos generales, el control de plazas residenciales por parte del sector privado es abrumador, ya que tienen el de los propios centros y el de las residencias de titularidad pública que gestionan.

Los concursos para adjudicar la gestión han considerado los precios ofertados por las empresas como factor dominante, lo que afecta a la calidad del servicio prestado. En el caso del personal, esto marca notables diferencias en las condiciones laborales y salarios de las trabajadoras/es. La heterogeneidad también está presente en esta cuestión. Así, por ejemplo, en Cataluña, de las 87 residencias públicas de la Generalitat solamente 17 son de gestión directa (a través del Institut Català d'Assistència i Serveis Socials, ICASS). Las setenta restantes están gestionadas mayoritariamente por grupos empresariales locales (Mutuam, L'Onada, Pere Mata, FSYC, entre otros) o por empresas de iniciativa social, aunque también han empezado a entrar grandes grupos internacionales. En el caso de la Comunidad de Madrid, 25 residencias públicas son de gestión directa (a través de la Agencia Madrileña de Atención Social, AMAS), en tanto que 18 son gestionadas por empresas privadas, 13 de las cuales están en manos de grandes grupos empresariales. Estos grupos han sido beneficiarios además del Plan Velocidad, por el que han construido residencias privadas en suelo público cedido por los Ayuntamientos en régimen de concesión administrativa durante 50 años (DomusVi,

[10] En Castilla-La Mancha hay 11 centros de gestión mixta, en que las empresas aportan el personal que presta el servicio (RICO, 2021: 253)

Amavir, Orpea, Aralia, Ballesol, entre otras)[11]. En cambio, los tres Territorios Históricos del País Vasco han optado por privilegiar empresas de iniciativa social, muchas de las cuales tienen carácter local. Gipuzkoa se distingue, además, por potenciar servicios de calidad y por la innovación, como es el caso de la Fundación Matia, que se ha convertido en referente en la aplicación de la ACP y en la organización de grupos de convivencia residencial.

El sector privado, sea a través de residencias propias, sea gestionando residencias públicas (autonómicas o locales), ha pasado a ser predominante en los centros residenciales. La inyección de dinero público ha facilitado la expansión de las empresas privadas, de manera que en 2020 ofertaron un total de 281.332 plazas en toda España, 73.157 más respecto al año 2007, cuando empezó a implantarse la Ley de Dependencia[12]. Es cierto que el sector privado es muy heterogéneo y que predominan todavía las pequeñas empresas y entidades del Tercer Sector, como viene insistiendo Cinta Pascual (C027), presidenta del Círculo Empresarial de Atención a las Personas (CEAPs). Pero la tendencia es que se van imponiendo progresivamente los grandes grupos empresariales e incluso multinacionales, favorecidos en algunos casos por decisiones políticas. El problema, a nuestro entender, no es la colaboración público-privada en sí misma, sino las condiciones de esta colaboración, que generan un sistema basado en la precariedad de las trabajadoras y una discutible calidad del servicio, situaciones a las que la propia Administración ha coadyuvado.

Las residencias han pasado a convertirse en un negocio que puede llegar a ser muy lucrativo. Es bien explícita al respecto la llamada que hace el grupo Vitalitas en su web para captar inversores: "Llámenos y le asesoraremos sobre lo rentable que puede resultar invertir en un negocio que, con el aumento de la esperanza de vida, está creciendo, al tiempo que se está haciendo más sólido"[13]. Mientras que en los años 90 del siglo XX crecieron las grandes empresas de servicios residenciales y sanitarios (Sanitas, por ejemplo), actualmente el protagonismo lo tienen las grandes empresas multinacionales dedicadas a actividades muy diversas (PALOMERA, 2020). Llama la atención en todo caso la irrupción de fondos de inversión en el sector, que no tienen precisamente un ánimo caritativo. Controlan actualmente miles de plazas en residencias. "Nuestra estrategia es hacer crecer nuestras actividades especializadas para ofrecer un valor accionista mayor". Así define su actividad en la página web el fondo de inversión Intermediate Capital Group (ICG), donde se incluye DomusVi[14]. Este no es un fenómeno exclusivo de España, pero lo que sí es específico de este país es que, debido a que políticamente se impulsó la adquisición de la vivienda, la mayor parte de personas mayores tienen su domicilio en propiedad, lo que permite contar con este patrimonio a la hora de pagar los costes de la dependencia, mediante las hipotecas inversas u otras fórmulas. No es de extrañar pues que los fondos de inversión vean en las residencias una oportunidad de negocio; mejor dicho, de lucro[15].

Respecto a las residencias para personas con discapacidad no contamos con una información tan detallada y precisa. De acuerdo con los datos que nos ha suministrado directamente el IMSERSO, se estima que en fecha 04/04/2021, había en España 41.017 residentes en centros

[11] El Plan Velocidad fue impulsado por Alberto Ruiz-Gallardón cuando era presidente de la Comunidad de Madrid y se aprobó en los años 2001 y 2002. CLAVERO, Vicente (2020): "Residencias de mayores: un negocio de casi 5.000 millones, engordado con dinero público", *Público,* (17 de abril).

[12] Véase "Evolución de plazas residenciales" 2004-2020 en Envejecimiento en red. Enlace, consultado el 19 de junio de 2021.

[13] Vitalitas es un grupo de gestión de centros residenciales que se está extendiendo en España. Enlace, consultado el 19 junio de 2021.

[14] Enlace, consultado el 19 de junio de 2021.

[15] CLAVERO, Vicente (2020): "Residencias de mayores: un negocio de casi 5.000 millones, engordado con dinero público", *Público* (17 de abril); RICO, Manuel (2020): "Doce empresas se embolsan en Madrid el 64% del dinero público para residencias y acumulan ya 135 geriátricos", *Info Libre* (25 de mayo); MERINO, Andreu (2020): "Els senyors de les residències: els fons d'inversió entren als geriàtrics catalans", *Nació digital* (10 de mayo).

para personas con discapacidad, siendo Cataluña la comunidad autónoma que cuenta con un mayor número de residentes (7.441), seguida por Madrid (6.766) y Andalucía (6.014). Hay en total 1.435 centros de estas características en España. A diferencia de lo que ocurre en las residencias para personas mayores, no se trata de grandes centros: un promedio de 22,7 plazas en Andalucía, 30,2 plazas en Cataluña y 39,5 plazas en Madrid. No existe a día de hoy un censo de residencias para personas con discapacidad que nos informe sobre las plazas públicas, las concertadas y la gestión de los centros existentes. En todo caso, si tomamos como ejemplo las 20 residencias para personas con discapacidad de la ciudad de Barcelona,[16] encontramos que 7 de ellas son de titularidad pública, 5 de las cuales tienen la gestión delegada. Las empresas que llevan las 13 residencias concertadas y la gestión de las 5 públicas son todas ellas del Tercer Sector. Es una notable diferencia respecto a los centros para personas mayores. Parece pues que las residencias para personas con discapacidad no aportan una gran rentabilidad y solo en unos pocos casos han entrado en el sector empresas mercantiles.

4.2.1.3. LAS RESIDENCIAS: UN NO-LUGAR ENTRE EL ÁMBITO SOCIAL Y EL SANITARIO

Las residencias de personas mayores y personas con discapacidad cuentan con personal sanitario a tiempo completo o bien contratado por horas, según sea el número de residentes y las regulaciones de cada comunidad autónoma. Este tipo de personal es el encargado del control de medicamentos, atención a la salud cotidiana de los residentes, actualización de los expedientes asistenciales y contacto con los centros sanitarios públicos (de primaria o hospitales) para facilitar el acceso de las personas residentes a la atención sanitaria. La coordinación entre el ámbito social y sanitario no resulta del todo satisfactoria; existe un problema crónico de relación entre los dos sistemas que ha explotado durante la pandemia, situando las residencias en un no-lugar entre el ámbito social y el sanitario. Ejemplificaremos las dificultades de coordinación entre ambos sistemas a partir del ejemplo de Cataluña, donde han fracasado los distintos intentos de solventar las contradicciones existentes, y que es donde contamos con información más detallada.

Hace años que los documentos oficiales catalanes abogan por la transformación del sistema asistencial social y sanitario rigiéndose con los principios de la ACP y la atención a las personas con necesidades complejas. El originen de la atención integrada en Cataluña se remonta al programa Vida als Anys creado en el año 1986 en un contexto de gobernanza compartida entre los Departamentos de Salud y Bienestar Social. Esta iniciativa representó entonces un empuje real y pionero en la planificación y coordinación de la atención social y sanitaria a las personas mayores enfermas. Años más tarde, en 2011, se crea el Programa de Prevenció i Atenció a la Cronicidad (PPAC), con una mirada muy alejada de la transversalidad del programa Vida als Anys. Finalmente se retoma en el año 2014 el enfoque de actuación conjunta con el Pla Interdepartamental d'Atenció i Interacció Social i Sanitària (PIAISS), planteando de nuevo una intervención territorial conjunta de los dos departamentos implicados. Pero desde su publicación oficial, el PIAISS ha sido un mero modelo teórico de atención integrada social y sanitaria, pendiente de trasladarse a la práctica. Según un informe elaborado antes de la pandemia por el CONSELL DE TREBALL, ECONÒMIC I SOCIAL DE CATALUNYA (CTESC) (2018), las dificultades para desplegar el nuevo modelo de manera efectiva se relacionan principalmente con una falta de impulso político.

En consecuencia, el modelo de atención a mayores y dependientes sigue siendo fragmentado e ineficiente. La persona es Una, y las historias sociales y sanitarias son Tres. En Servicios Sociales se utiliza el Programa Individual d'Atenció (PIA), en Salud se rigen con el Pla d'Intervenció Individualitzat Compartit (PIIC) y en la Residencia se utiliza el Pla Individual

[16] Véase Consorci de Serveis Socials de Barcelona (2019).

d'Atenció Integral (PIAI). Un sistema social y sanitario, finalmente, que tiene dificultades de coordinación mutua (horizontal) e interna (vertical) y que comparte una visión anacrónica de las personas usuarias como sujetos pasivos de una atención compensatoria (servicios sociales) y centrada en la enfermedad aguda (sistema sanitario) (CTESC, 2018).

Hay que mencionar, además, que a pesar de que los Equipos de Atención Primaria (EAP) del sistema sanitario tienen asignadas una o más residencias geriátricas en su zona, en la práctica, muchas de ellas no las atienden, especialmente donde ya se encargan de ello los Equipos de Atención Residencial (EAR), que fueron creados específicamente para realizar esta atención. A ello se añaden además los problemas sufridos por el sector sanitario como fruto de los recortes presupuestarios. Efectivamente, la realidad es que a la atención primaria sanitaria se le ha ido adjudicando, durante todos estos años, mucho protagonismo como responsable principal de la salud de los habitantes de sus áreas básicas de referencia, pero sin establecer ningún tipo de estructura ni económica ni de recursos humanos para llevar a la práctica este modelo. Los recortes presupuestarios que hizo el Gobierno catalán a partir del 2008 supusieron un fuerte debilitamiento de esta parte del sistema sanitario, con evidente falta de personal, especialmente de enfermería que marcha a otras comunidades autónomas o a otros países con mejores condiciones laborales, como nos indica el exsecretario de Salud Pública de la Generalitat, Joan Guix (C320). En este contexto, la atención a las residencias no se establece como prioridad y es significativo que en una encuesta realizada por la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària (CAMFIC) y la Associació d'Infermeria Familiar i Comunitària de Catalunya (AIFICC) (CAMFIC y AIFICC, 2020), el 60% de directores y directoras de los Centros de Atención Primaria (CAP) de salud (afirmaban no disponer de un plan de atención específico para asumir el seguimiento sanitario de los nuevos usuarios asignados de las residencias.

Una de las especificidades de Cataluña, además, es que en el año 2009 la Generalitat empieza a desplegar los EAR, unos equipos sanitarios multidisciplinares de soporte a la atención primaria de salud. Recalcamos: "[de] soporte a la atención primaria de salud". Pero la definición que aparece a la página web de la Generalitat, describe los EAR como especialistas en geriatría que ofrecen una atención integral e integrada a las personas mayores de las residencias (evitar derivaciones hospitalarias, atención paliativa, autorización de la medicación para las demencias). Estos equipos actúan en la ciudad de Barcelona y en tres municipios metropolitanos. Y aunque se esgrime que se crearon para aliviar el trabajo de los CAP, su creación se interpreta también como un paso más del proceso de privatización del cuidado social en beneficio de determinadas empresas con vínculos con el gobierno catalán[17].

Desde entonces, lo que inicialmente tenía que ser un trabajo colaborativo entre CAP, EAR y Residencias acabó provocando la desvinculación de los profesionales de los CAP del seguimiento sanitario de las personas residentes. Y los EARs fueron identificados por las residencias como los únicos referentes sanitarios. Así nos lo confirma una gerocultora: "cuando tienes un EAR, los profesionales de la red sanitaria pública de los CAPs ya no acuden" (Paulina, C187).

De hecho, los EAR actúan como una especie de intermediarios, y sus funciones crean desajustes y problemas, pues estos equipos son quienes hacen la prescripción sanitaria, que transmiten al personal de las residencias (que son quienes la ejecutan), pero nunca tienen contacto directo con los familiares de las personas residentes, lo que origina desazón por la falta de explicaciones directas y por la imposibilidad de hablar con quien ha prescrito un

[17] Tal como puede comprobarse en la página web de la empresa que gestiona los EAR, la presidencia de la compañía y miembros de la fundación asociada a ella están ocupadas por personas que habían tenido altos cargos en el gobierno de Convergencia i Unió. Para más detalles al respecto, véase: BAYO, Carlos Enrique (2020): "La privatización de la asistencia sanitaria dejó inermes a los geriátricos catalanes ante la pandémia", *Público* (26 de abril).

determinado tratamiento. Por otro lado, este sistema crea duplicidades pues está, por un lado, el médico de residencia y, por otro, el médico de cabecera del sistema público. Duplicar o triplicar recursos no es eficiente, pero es que, además, no funciona bien. Así ha sucedido con la pandemia en algunos territorios, como explica Ramona (C196*), directora de una residencia pública: "Que si no me toca a mí, que si le toca al otro, que si el médico que viene es tu médico, o es otro…". El resultado de este sistema es que las personas residentes sufren una doble penalización: no tener un personal sanitario en buenas condiciones, y haber de pagar el coste de un servicio privado cuando, si estuviera en su domicilio, estaría a cargo del sistema público.

4.2.2. TRABAJAR EN UNA RESIDENCIA

Género, clase y extranjería atraviesan las lógicas laborales en las residencias y, de forma general, en todo el sector de los cuidados. Las residencias son un nicho ocupacional para las mujeres, para las personas de clase trabajadora que no han accedido a estudios superiores y para personas extranjeras que, como tales, tienen dificultad para que se reconozcan sus titulaciones o encuentran en este tipo de empleo una oportunidad para obtener ingresos económicos. Muchas de estas mujeres llegan al sector de las residencias después de haber sido trabajadoras de hogar o trabajadoras en servicios de atención domiciliaria.

Las personas empleadas en el sector de residencias ascienden a 135.988 según los datos de la EPA de 2019. Se trata de un sector claramente feminizado: un 91,9% son mujeres (veáse Tabla 1.13, capítulo 1). En relación con los grupos profesionales, un 80% de los empleos están encuadrados en las categorías más bajas. Es en este nivel donde se sitúan las cuidadoras directas, que tienen un salario medio mensual inferior a los 1.000 euros, sin que se produzca en esta categoría diferencias entre hombres y mujeres. Sí en cambio hay una brecha salarial en las categorías media y alta, que se sitúa en un 7,5% y 7,1% respectivamente (MONTSERRAT, 2020). Además de la elevada feminización de las plantillas de las residencias, existe también una fuerte incidencia de la extranjería, pues según los datos de la EPA, el porcentaje de migrantes entre las trabajadoras asciende a un 25,6%. Muchas de ellas proceden de países extranjeros, especialmente de Latinoamérica. "Aquí somos la ONU", nos dice Eba (C253), cuando se refiere a las múltiples nacionalidades presentes entre el personal de la residencia que dirige.

Hay que destacar, por otra parte, una diferencia sustancial de salarios entre las organizaciones privadas y las públicas (MONTSERRAT, 2020). Otra diferencia salarial se produce en relación con el mismo personal de salud, de manera que los profesionales de las residencias cobran un 30% menos aproximadamente que los de su mismo nivel en el sector sanitario. De ahí que sea difícil retener a profesionales en las residencias, lo que se agudiza especialmente en el caso de la enfermería. Como señala Juan (C257), enfermero de una residencia pública, la diferencia salarial es determinante, pero no constituye la única razón, pues a ella se suma la falta de prestigio y reconocimiento social del cuidado social.

Paralelamente, existe una elevada temporalidad de los contratos y, además, un 18,7% de los empleos son a tiempo parcial. Esto hace que el empleo "efectivo" esté muy por debajo del total de personas empleadas (MONTSERRAT, 2020: 73). Esto es importante para el cálculo de las ratios de personal, ya que si se estiman sobre el total de contratos (y no del empleo efectivo) revierten en la escasez de personal. El cumplimiento de la ratio de personal/usuario es uno de los requisitos establecidos para la acreditación de los centros. Esta ratio fue acordada por el Consejo Territorial en el año 2008 y se estableció como media global en 0,41[18]. En la práctica, las ratios se calculan incorporando el personal temporal, los contratos a tiempo parcial y las

[18] Las ratios se establecieron de acuerdo con el grado de dependencia: 0,47 para las personas con grado III y 0,45 para las de grado II, debiendo garantizar un mínimo de 0,27 y 0,28 para el personal de atención directa.

suplencias, entre otros, lo que finalmente se traduce en tener menos personal y con más carga de trabajo. Si se tiene en cuenta el empleo efectivo, solamente la Comunitat Valenciana y La Rioja cumplen la ratio global. El déficit de personal motivado por el incumplimiento de las ratios es de 50.000 trabajadoras (MONTSERRAT, 2021: 159).

Los centros residenciales están organizados por distintos equipos o categorías, aunque depende del tamaño del centro y la complejidad de su organización: 1) el personal directivo, que realiza las tareas de gestión; 2) el personal responsable de tareas especializadas (gobernantas, responsables de mantenimiento y limpieza, de cocina), y el personal técnico especializado (médicas, enfermeras, fisioterapeutas, trabajadoras sociales, psicólogas, terapeutas ocupacionales, animadoras). Parte de este personal puede estar contratado por horas o estar solo en algunos turnos, y 3) el personal auxiliar, que constituye la mayoría de la plantilla y tiene menor cualificación; son las cuidadoras directas, así como las trabajadoras de limpieza, lavandería y hotelería y el personal de la administración. En el caso de las cuidadoras directas, los requisitos de formación son diversos y poco exigentes. Desde módulos de Formación Profesional, a cursos ocupacionales, o acreditación por parte de las Administraciones. Y durante la pandemia se han relajado incluso estos requisitos.

La profesionalización es uno de los problemas que afecta a la dignificación y reconocimiento del trabajo de las cuidadoras. Fernando (C072), gerocultor de una residencia privada, señala que la falta de profesionalización se relaciona con unas condiciones laborales precarias y con la falta de cualificación, lo que provoca que personas con formación y vocación acaben derivando hacia el ámbito sanitario. Además, afirma que el de las residencias es "un sector que se está desprofesionalizando mucho, porque cualquiera vale para trabajar en él". Lo expresa de la siguiente forma:

> Aunque nos gusta mucho, como nos dan tantos inconvenientes, tanta presión, tantas violaciones de convenios y demás… al final, decidimos irnos a otros sectores, irnos a hospitales… Y la gente buena, titulada, y la gente que realmente vale, acaba yéndose del sector residencial. Entonces, con lo que nos quedamos en las residencias es con la gente que, al final, pues es menos profesional o es menos vocacional, o lo hace, simplemente, por necesidad, porque no puede encontrar otra cosa. (Fernando, C072)

Rodrigo (C171), director de comunicación de un grupo gestor de residencias, relata que no es hasta hace cinco o seis años cuando se empieza a pedir un certificado de profesionalidad para ocupar un puesto de gerocultora. Dicho certificado se obtiene a través del cumplimiento de "un número de horas de formación y un número de horas de experiencia práctica" y, según señala, "es la única cualificación que se exige para este personal (…), no hay formación especificada". En la misma línea, Concepción (C212), directora, señala que "hace años se cogía… cualquiera valía. Las cuidadoras hacían un cursito en cualquier academia, y ahora ya no. Ahora tienen que ser o bien FP2, o bien han cogido el certificado de profesionalidad, que es que gente que lleva muchos años, con una especie de curso y con un examen, tiene su título. Son las dos maneras de tener eso bien. (…) ya no vale cualquiera." Sara (C101), directora también, considera que incluso la formación reglada actual es deficiente, pues se adquieren competencias técnicas y no relacionales.

La falta de formación está más generalizada entre las trabajadoras de atención directa, pero no solo se detecta en esta categoría profesional. Irati (C070), gerocultora de un piso comunitario[19], narra cómo en el centro en el que trabajaba el personal sin formación se encargaba de tareas especializadas como la coordinación sanitaria o la preparación de medicación: "la coordinadora sanitaria que tenemos, o la responsable de la residencia, (…) esta señora tiene

[19] Como hemos especificado anteriormente, en Araba/Álava se denomina pisos comunitarios a las residencias privadas pequeñas, situadas a menudo en pisos.

menos estudios que yo", asegura. Según señala, este tipo de situaciones es común porque los cargos medios y superiores se adquieren a través del desarrollo de relaciones informales, no por criterios meritocráticos. Además, denuncia que en el centro donde trabajaba se han producido negligencias por la falta de cualificación del personal.

La categoría laboral de las cuidadoras directas recibe el nombre de auxiliares y también de gerocultoras. Aglutinan de hecho tanto a quienes tienen títulos oficiales de Formación Profesional (como auxiliares de enfermería o de geriatría) como a quienes no los tienen y han sido acreditadas por la Administración a partir de su experiencia laboral previa, conseguida, a menudo, desde el empleo de hogar, desde cursos ocupacionales organizados por los Ayuntamientos, o también, desde una oferta formativa no oficial. La categoría de gerocultora, que es la contemplada en el Convenio colectivo vigente, implica contratar a las cuidadoras en una categoría laboral muy baja, aunque se tenga una formación profesional de carácter sociosanitario que permitiría una mejor retribución y consideración.

Los salarios en las residencias (privadas o gestionadas por empresas privadas) se rigen por el VII Convenio colectivo marco estatal de servicios de atención a las personas dependientes y desarrollo de la promoción de la autonomía personal, excepto en el caso de Gipuzkoa y Bizkaia que tienen convenios colectivos específicos[20]. Los salarios son superiores en ambos territorios comparados con los establecidos por el marco estatal (en el caso de las gerocultoras, suponen alrededor de 1.300 euros, frente a los casi 1.000 euros de los demás territorios y comunidades). Las residencias públicas de gestión directa no se rigen por estos convenios sino por las categorías de empleo público y, en términos generales, los salarios de todas las categorías son más elevados que los del sector privado.

4.2.2.1. LAS RESIDENCIAS HOY DESDE LA EXPERIENCIA DE DIRECTORAS Y GESTORAS[21]

Las funciones del personal directivo de las residencias incluyen, por un lado, la planificación, organización, dirección y coordinación de las actividades de la empresa o centro y, por otro, el desarrollo de tareas técnicas complejas y heterogéneas que requieren autonomía, iniciativa, responsabilidad, así como titulación y/o experiencias adecuadas para integrar, coordinar y supervisar las funciones desempeñadas por sus colaboradores/as.

Cuando abordamos el funcionamiento de las residencias, hay que diferenciar, por un lado, los representantes de la patronal y altos cargos de dirección empresarial y, por otro, las directoras o gestoras de una residencia concreta, pues estas son, de hecho, empleadas y han de efectuar las tareas de gestión a partir de los recursos que tienen disponibles y que a veces no deciden ellas mismas. En el caso de estar contratadas por grandes empresas, tienen poco margen de actuación propia y se han de ceñir a las directrices emanadas desde los órganos directivos,

[20] VII Convenio colectivo marco estatal de servicios de atención a las personas dependientes y desarrollo de la promoción de la autonomía personal. Resolución de 11 de septiembre de 2018, publicada en el BOE de 21/09/2018. Al escribir estas páginas se está negociando un nuevo convenio estatal (el VIII). Además, se ha firmado el Primer Conveni Col·lectiu de l'àmbit autonòmic de Catalunya d'Atenció a la Gent Gran, que tendrá efectos retroactivos desde el 1 de enero de 2021.

[21] Cuando nos referimos al personal directivo de las residencias, sean directoras/es y/o gerentes, lo nombramos como "directoras y gerentes" o como "directoras", utilizando los mismos términos que emplea la Asociación Estatal de Directoras y Gerentes de Servicios Sociales. Esta asociación, que surge en 1994, cuenta con la colaboración altruista de sus miembros y se rige por tres principios: 1) no recibe ningún tipo de financiación externa, ni pública ni privada, sino que se nutre de las cotizaciones de sus socios/as; 2) no es corporativa, no protege los intereses de ninguna profesión sino "el rostro humano de las personas vulnerables"; y 3) defiende el sistema público de servicios sociales (entrevista a su presidente, José Manuel Ramírez Navarro, C241, para esta investigación). Realiza informes y publicaciones y organiza congresos y otros eventos. De sus actividades, la más conocida es el informe *Dictamen del Observatorio* sobre dependencia, donde se evalúa con una mirada crítica, la evolución de prestaciones y servicios del sistema de atención a la dependencia. En palabras de su presidente, su meta es colocar la dependencia en la agenda pública; su meritorio trabajo y su presencia habitual en los medios de comunicación muestran un amplio cumplimiento de ese objetivo.

tanto por lo que refiere al presupuesto disponible como, incluso, al modelo de atención que se aplica.

Tal como hemos señalado anteriormente, la población institucionalizada en las residencias está fuertemente envejecida y año tras año se ha ido incrementando el peso de los grupos de edad más avanzada. El cambio en la composición de los residentes lo expresa de forma muy ilustrativa David, director de una residencia privada:

> Cuando empecé de director, hace 16 años, había un tanto por ciento muy elevado de personas autónomas. Muy elevado. (…) En los años 80, o en los 70-80 sí que había gente que decía 'yo me he jubilado y me voy a una residencia y que me lo hagan todo'; pero era otro sistema. Eran personas que no tenían habilidades para estar solos en casa, personas que se habían quedado viudos… Pero hoy en día no hay nadie que diga: 'voy a que me lo hagan todo'. La tendencia es que la persona autónoma se queda en casa y si necesita algo de ayuda, atención domiciliaria, y punto. (David, C054*)

Directoras y gestoras, en todo tipo de residencias, se quejan de la rigidez de la normativa actual, que ofrece poca flexibilidad y dificulta adaptarse a los cambios en la composición y características de las personas residentes. Se requeriría, nos dicen, una mayor especialización de centros residenciales, orientados y capacitados para atender diferentes perfiles de usuario. La contradicción es que las residencias estaban pensadas para personas todavía activas, pero en la actualidad son personas muy mayores quienes las habitan, con múltiples patologías y elevada complejidad, y esto obliga a replantear el modelo. Hay prácticamente unanimidad en que las ratios de personal a las que obliga la Administración "ya no sirven", justamente porque las personas residentes tienen situaciones cada vez de mayor complejidad y que requieren más atención. Así lo expresa la directora del Instituto Municipal de Servicios Sociales del Ayuntamiento de Barcelona: "Las residencias no están preparadas para atender estos niveles tan altos de dependencia y, si lo están, es con pinzas, es decir, sufriendo muchísimo" (Ester Quintana, C012*).

Que las ratios de personal y los precios de las plazas públicas también son insuficientes, es algo que repiten tanto gestores de grandes empresas mercantiles como directoras de residencias gestionadas desde el Tercer Sector. Es el caso de la residencia que dirige Verónica (C227), que recibe aportaciones de la Comunidad de Madrid, pero que dice tener que complementar con colaboraciones de empresas y con donaciones. Señala, además, la especificidad de tratar con personas con discapacidad intelectual, cosa que no se contempla en las ratios y que no podrían prodigar "un cuidado digno" sin estos ingresos complementarios. Algo parecido indica, desde otra perspectiva, Eba, directora de una residencia del Tercer Sector ubicada en Gipuzkoa. Considera que unas ratios más elevadas, sobre todo de personal auxiliar, hubieran ayudado a una mejor gestión de la crisis, y cree que la responsabilidad es de la Administración, ya que los márgenes de ganancia son muy escasos. Y se queja de las generalizaciones que a menudo se hacen al respecto:

> Muchas veces se dice que las empresas están ahí solo para ganar dinero. Yo no sé cómo funcionan otras comunidades autónomas, pero te digo que esto es muy difícil que pase aquí, en Gipuzkoa y, de hecho, no hay grandes holdings o fondos de inversión. (Eba, C253)

Ya hemos comentado la especificidad del modelo de Gipuzkoa, con muchas plazas concertadas, las ratios más elevadas de personal y salarios también más altos. Hay que añadir: con un copago elevado por parte del usuario/a. Y, sin embargo, se consideran insuficientes para atender bien a los residentes. Argiñe (C335), directora de una residencia de Bizkaia, nos dice: "yo si tuviera que poner un negocio no pondría nunca una residencia. Porque al final creo que si quieres dar un servicio de calidad no es rentable". ¿Qué ha de suceder entonces en

las residencias para que, a pesar de las quejas sobre la Administración, sí sean rentables? La misma Argiñe nos lo dice: "los salarios sufren. Se desploman."

Un directivo de una gran empresa multinacional, que defiende también la idea de que haya mejores condiciones laborales, lo expresa con un trasfondo distinto, basado en la lógica de competitividad:

> Que podamos mejorar nuestro convenio colectivo, pues, nosotros consideramos que sería fundamental, porque podríamos ser más competitivos. Pero eso no se puede hacer como siempre, solo a pulmón de las empresas, porque aquí todo siempre es a pulmón de las empresas. Te exijo cada vez más calidad, te exijo que pagues más, te exijo más… y resulta que vemos que los precios que se pagan por plaza concertada son cada vez más bajos, ¡eso es lo que no puede ser! (Rodrigo, C171)

Él mismo admite que el sector residencial ha de generar ganancias y tener aspectos positivos para los inversores, porque "es un sector que te ofrece una estabilidad y una rentabilidad a largo plazo, no muy grande, pero te ofrece una rentabilidad a largo plazo con vocación de estabilidad, eso es así", El problema para él está en los fondos especulativos que compran residencias para venderlas después a mejor precio: "y eso está dañando muchísimo la imagen del sector y estamos viendo cómo se está bajando cada vez más la calidad en muchos centros. Porque se hacen muchos recortes, pero claro, es que esos fondos no tienen vocación de continuidad en este sector. No están a la rentabilidad a largo plazo, están a dar el pelotazo a corto".

Todas estas situaciones tan diversas existen, y en todos los casos se pide más compromiso a la Administración, traducido en una mejor financiación. Hay unanimidad también en que los sueldos de las cuidadoras directas son muy bajos, pero es significativo que aparecen dos visiones distintas: 1) los directivos que trabajan en grandes grupos empresariales consideran que los salarios no son realmente tan bajos si se tiene en cuenta que este personal tiene poca formación, como señala Rodrigo (C171). Una aproximación similar tiene Guillermina (C079), directora de una residencia privada, que considera que un incremento de salario tendría que ir acompañado de una profesionalización: "es que hay mucha gente que se ha dedicado a esto, que ha venido muchas veces de fuera, y ¿a qué me dedico? Pues a cuidar personas mayores. No necesito título y entro en una residencia. Y ahora sí que están acreditados, pero no significa que hayan tenido la formación". Y 2) la mayor parte de directoras considera en cambio que los salarios son excesivamente bajos. "Estamos pagando este sueldo que en algunos casos supera solo por 20 euros el salario mínimo interprofesional. Es vergonzoso, sinceramente. Para mí es vergonzoso", nos dice Antonia (C011*) y así lo considera también Sara (C101). Estas actitudes tienen que ver a su vez con la valoración de este tipo de personal. Vanesa (C227) considera que las auxiliares y las limpiadoras son fundamentales para el funcionamiento de la residencia y, además, son las que han asumido más riesgos en la pandemia.

Un inconveniente importante en las residencias estriba precisamente en la dificultad de retener el personal. Los bajos salarios generan absentismo y elevados niveles de rotación. En el caso del personal del área sanitaria, la dificultad es incluso mayor, ya que cuando se le presenta la oportunidad pasa a trabajar en el sector sanitario, donde se cobra un salario más elevado y se puede completar con las guardias y otros incentivos. Por ello se intenta mantener este tipo de personal pagándoles más de lo que el convenio prevé.

El modelo de ACP es un referente para todas las directoras entrevistadas, pero, o bien se aplica de forma muy limitada (poder entrar y salir de la residencia cuando se quiera, abrir la residencia al entorno, atender las preferencias de los residentes, escuchar a las familias) o, sencillamente, no puede aplicarse. En un grupo focal que trató este tema se indicó con claridad que "realmente nadie lo puede desarrollar porque la persona no decide de forma plena",

señala Rafa (F008*), director de calidad y director médico de un grupo empresarial. En el caso de las grandes empresas, además, hay protocolos comunes que impiden la flexibilidad necesaria para adecuarse a las necesidades y preferencias de la persona. También se subrayó la dificultad de aplicar la ACP cuando las residencias actuales tienen una gran diversidad de usuarios/as, con edades muy avanzadas y pluripatologías. La ACP tiene un coste, que requiere una mejor financiación y flexibilidad, lo que no se consigue con unos precios base y homogéneos que son los que aplica la Administración y que, además, resultan insuficientes. Se necesita un cambio de paradigma al respecto, tanto en el caso de las trabajadoras como de las propias familias.

Viñeta 4.1. Modelo de atención centrada en la persona, ¿excepción que confirma la regla?

La atención centrada en la persona (ACP) es el modelo profesionalizado que busca cuidar apoyando que las personas puedan seguir teniendo control en su entorno, en sus cuidados y en su vida cotidiana, desarrollando sus capacidades y sintiéndose bien (MARTÍNEZ RODRÍGUEZ, *et al.*, 2015). Tiene como objetivo fomentar la capacidad de agencia de las personas que están en una residencia sobre su vida cotidiana, así como, de forma general, sobre su proyecto vital. Su objetivo es individualizar la atención, de acuerdo con el estado de salud, preferencias y hábitos de vida de la persona. Esto implica estructurar la vida cotidiana de forma flexible y respetar los ritmos vitales. Se aleja del cuidado realizado desde la férrea disciplina horaria propia de la lógica industrial. El cuidado se torna, entonces, artesanal, por lo que requiere, como señala Luis Barriga (C301), director del IMSERSO: "una mayor mano de obra". Pero el cambio hacia este sistema no afecta solo a las ratios de personal, sino que implica un cambio de modelo y de mentalidad.

El modelo de ACP conlleva que el personal rote en la menor medida posible, que sean las mismas personas las que trabajen siempre en la misma unidad convivencial, para que resulte fácil para las personas residentes familiarizarse con ellas. Implica que cada residente cuente con la figura del/a profesional de referencia, quien, a su vez, mantiene la comunicación con la familia para las cuestiones cotidianas. Supone fomentar el trabajo de equipos interdisciplinares, con un funcionamiento horizontal y cierta autonomía en la toma de decisiones pues estas "tienen que estar donde ocurre la vida" (Ruth, C259). Se trata de "dignificar el cuidado desde dos dimensiones, la de la persona cuidada y la de la persona cuidadora", nos dice Telma (C213).

Siguiendo las preferencias de las personas residentes, en el día a día, se plantea también el desarrollo de "actividades significativas", esto es, actividades de la vida cotidiana (como leer el periódico, cocinar, lavar o tender la ropa…) que fomenten la capacidad de decisión de las personas residentes y eviten su infantilización: "tenerles haciendo bolitas o coloreando a mí me parece… me parece súper infantil y muchos no participan yo creo que porque les da vergüenza" (Juan, C257).

Otra de las cuestiones fundamentales es eludir las sujeciones, tanto físicas como químicas, mediante cambios en el entorno que impidan las caídas y mediante el trato con el residente. Esto no es fácil de implantar, pues significa asumir ciertos riesgos y requiere vencer también reticencias de las familias. También es difícil fomentar la capacidad de agencia de las personas residentes. "Tenemos que pelear muchas veces con familias a la hora de dejar que las personas residentes tomen decisiones", señala Eba (C254). Y pregunta de forma retórica: "Y el riesgo de vivir? Los espacios asépticos también generan riesgos".

La ACP comporta también la integración de servicios, tal como insiste Pilar Rodríguez (C189), de la Fundación Pilares. "No debe actuarse desde el sector social, por un lado, desde el sector sanitario por otro, desde el sector de la vivienda por otro, desde la participación comunitaria por otro…, sino que ha de hacerse una integración de todos los recursos para que las personas lo reciban como un todo. Esa es la parte de la integralidad".

El cambio en las infraestructuras de las residencias también resulta fundamental, aunque por sí mismo no garantiza la ACP. En todo caso, conformar unidades de convivencia y crear espacios pequeños facilita su desarrollo. Se promueve también que las personas residentes personalicen sus habitaciones con muebles y decoración de su elección. También que cada unidad convivencial cuente con una cocina, lavadora, espacios de encuentro. "Si no pueden estar en casa, que sea como en casa", insiste Mayte Sancho (C215).

En Gipuzkoa es donde más se ha extendido el modelo de la ACP. Fue impulsado hace unos diez años por el Gobierno Vasco, desde el programa Etxean Ondo (Bien en Casa), que se

promueve desde la Fundación Matia y se extiende a otros centros residenciales. Fue un modelo dificultoso de aplicar inicialmente, debido a las resistencias con que fue acogido por las trabajadoras y por la desconfianza de las familias. El modelo se basa en la conformación de grupos de convivencia, diferenciados espacialmente y con zonas propias (salas de estar, cocina), y se intenta que las actividades a realizar sean significativas y no impuestas (Concha, C252, Eba, C253, Ruth, C259). También este modelo se aplica en la residencia municipal que dirige Argiñe (C335) en Bizkaia y, en su caso, subraya que trabajan desde una mirada que identifica las capacidades en lugar de las discapacidades, lo cual ha significado un cambio cultural importante.

Subrayaremos finalmente las inercias presentes que explican que el cuidado en las residencias sea un sector fuertemente feminizado. Aunque directoras y gestoras indican que el sexo de quien cuida no tiene importancia, Alexa (C071*), dice que en la residencia donde trabaja "no quieren hombres cuidando, no les gustan". Durante la crisis económica del 2008, que afectó especialmente al empleo masculino, hubo hombres que entraron a trabajar como gerocultores en las residencias, pero muchos de ellos se marcharon posteriormente cuando encontraron otros trabajos, tal como nos relata Sara (C101) y como ha sido constatado en la literatura especializada (BODOQUE-PUERTA *et al.*, 2020). Directoras y gestoras son conscientes que esta feminización tiene incidencia en la falta de reconocimiento del sector, tal como lo subraya Argiñe:

> Te encuentras un sector feminizado, con salarios bajos y roles que se duplican en casa y en el trabajo, y eso, al final no se pone en valor el verdadero trabajo que para la sociedad está dando todo ese personal. Es importante que como sociedad se reconozca el valor entre todo el personal que se dedica al sector, en la inmensa mayoría somos mujeres, y que tengamos unos salarios reconociendo ese valor. (Argiñe, C335)

4.2.2.2. LAS RESIDENCIAS HOY DESDE LA EXPERIENCIA DE LAS TRABAJADORAS

Las tareas de cuidado en el contexto de las residencias se ejercen en una gradación que va desde estilos de asistencia más o menos personalizados e integrales, hasta formas de provisión de atención equiparables a una cadena de montaje en serie, dependiendo del tamaño, estructura y organización de las residencias. En estos contextos residenciales se produce una especie de escalarización de los cuidados, por emplear una metáfora económica. En un extremo encontramos pequeñas residencias en las que se ofrecen unos cuidados individualizados y donde las cuidadoras realizan un trabajo que podríamos calificar como artesanal, en el sentido de que involucra tareas múltiples y un control integral del proceso de cuidado. En el otro extremo se hallan las grandes residencias, que son como fábricas de cuidado donde se impone la fragmentación y especialización de las tareas, el control de la productividad y una identificación más distanciada de la cuidadora respecto a su trabajo. En términos generales, las cuidadoras caracterizan las residencias pequeñas como familiares (por el trato cercano y el ambiente hogareño), en oposición a organizaciones de mayor tamaño, más jerarquizadas y despersonalizadas.

Rosa, que trabaja como auxiliar en una residencia para personas con discapacidad intelectual y que había trabajado anteriormente en residencias para personas mayores, enfatiza que prefiere trabajar en su residencia actual, pues tiene un ambiente "muy familiar" donde las cuidadoras hacen "de todo", lo que identifica con una forma de cuidado más integral:

> Allí era muchísima carga de trabajo y el trato, al ser una residencia tan grande, no es el mismo que cuando estás aquí en esta residencia, que son veinte personas. No puede ser el mismo. En la otra residencia vas como si fueras una máquina. Acuesta, levanta, acuesta, levanta. Dale de merendar corriendo y vuelve a cambiarlos y tal. Aquí no, aquí es todo mucho más personal.

> Aquí tienes ratos en los que te sientas con ellas, hablas, nos reímos, te cuentan su vida y tú les cuentas la tuya. Es que es como una familia. (Rosa, C176)

A pesar de estas consideraciones, una residencia pequeña no siempre es sinónimo de calidad. Lo importante, pues, son las características del centro, sus objetivos y formas de gestión. Paloma (C207*), que trabaja en una residencia similar a la de Rosa, explica que hubo un cambio de gestión en favor de una empresa mercantil. Mejoró la organización del centro (protocolos, turnos de trabajo más racionales, control de calidad), pero empeoraron las condiciones laborales de las trabajadoras, pues les rebajaron las horas y se ampliaron las cargas de trabajo. "El objetivo no era ya el bienestar del residente sino la rentabilidad económica del recurso", nos dice, y esto repercutió en la calidad de la atención. Irati (C70) explica, por ejemplo, que en la residencia en la que trabaja en Araba/Álava, no contratan a nadie para trabajar en el turno de noche y se quedan los propietarios. Las trabajadoras del turno de mañana, se encuentran con unas residentes en estado lamentable al no haberles ayudado en sus necesidades y sin haberles hecho cambios posturales. Explica, a su vez, que este "hacer de todo", implicaba combinar trabajos en la lavandería, limpieza de los baños, trabajo de cocina y ayudar a comer: "Es una cerdada que una persona, de limpiar váteres coja y se vaya a darle vueltas a un puré". En Araba/Álava, donde abundan las residencias pequeñas, se han evidenciado problemas de calidad en el cuidado, pues, como denuncia Ander Rodríguez, del Grupo Parlamentario EH Bildu (C323), en estos centros se está atendiendo a personas con dependencia severa, para lo que no están preparadas, y adoptan prácticas, como las sujeciones de las personas residentes, que califica de intolerables. Cinta Pascual (C027), presidenta de la Asociación Catalana de Recursos Asistenciales (ACRA), que agrupa a las pequeñas y medianas residencias, señala que ella cerraría algunas residencias muy pequeñas que no tienen condiciones de calidad.

El tamaño de la residencia incide en todo caso en la organización del trabajo, pues las grandes residencias requieren una gran coordinación y de ahí la importancia de los protocolos, dada la mayor especialización y segmentación de las actividades. Evidentemente cada residencia es particular, y hemos subrayado ya la diversidad existente, y esto es así también en materia organizativa, de consideración de los trabajadores y de calidad del servicio. Hemos de tener en cuenta que en este contexto se produce, por un lado, la confluencia de una insuficiente financiación de las residencias con la entrada en el sector de empresas que tienen inversores y necesitan la obtención de beneficios y, por otro lado, unas residentes que tienen cada vez mayor edad y dependencias más severas. En estas condiciones, la obtención de rentabilidad, por pequeña que sea, solo puede conseguirse mediante la estandarización de tareas y la intensificación de los ritmos de trabajo de las cuidadoras.

Trabajar en cadena es una de las expresiones comúnmente utilizadas ante la serie de actividades que hay que desarrollar de forma rápida y sin desviarse de ellas (MORÉ, 2016). Implica una estandarización en la organización del trabajo, en la que cada persona ha de realizar las tareas que le corresponden. Consiste, a su vez, en respetar los ciclos de trabajo que se definen. En muchas residencias, por ejemplo, se ducha a las residentes una vez por semana; el resto son "lavados de gato", en la cama, nos dice José (C050). El trabajo no consiste en "hacer de todo" (como sucede en las residencias pequeñas), sino en efectuar la parte del cuidado que se atribuye a cada categoría laboral, lo que en las grandes residencias se concreta organizando los trabajos de manera segmentada entre las distintas categorías laborales y las tareas sucesivas que hay que asegurar entre los distintos turnos (de mañana, tarde o noche). "Es como una fábrica. Has de hacer el producto", nos dice Alexa (C071*). Esta segmentación produce a veces una percepción de desatención por parte de las residentes, porque lo que piden, por ejemplo, a la gerocultora, que es con quien tienen más contacto, ella no lo puede hacer porque corresponde a quien trabaja en la hostelería, o en la lavandería o en la limpieza.

La organización horaria es una parte importante en el funcionamiento de las residencias, porque los retrasos entorpecen la cadena de actividades a realizar. José, gerocultor en un centro privado, describe de forma significativa las secuencias en la organización horaria y el trabajo que él ha de realizar:

> Deberían contratar más auxiliares, para poderle dar un mejor trato a los residentes. No digo que se les trate mal, no, porque se les trata con el mayor cariño y afecto y con lo mejor que usted pueda darles. Me refiero en el sentido de que muchas veces, no hay tiempo, porque, mire, hago la cuenta: Tú entras a las 7 de la mañana y hasta las 9 tienes que asear a todos los residentes, depende de los residentes que te toquen (10, 11, 12…). De 9 a 10 son los desayunos, coges los de los carros, dárselos, darles en boca, luego recoger, limpiarlos un poco, lo que sea, recoger las bandejas y bajarlas, normal. Después de eso, a las 10, hay que recoger basuras y limpiar alguna cosa que quedó por ahí pendiente. A las 10 y media, ya empiezan los auxiliares a sacarse los 20 minutos, para el desayuno, que eso es obligatorio. A las 11 de la mañana, hay que empezar a dar refrigerios: zumos, café con leche, galletas, o sea, la media mañana. A las 11, o 11 y media hay que empezar a hacer cambios de pañales, los cambios a veinte o treinta abuelos y hay que llevarlos a los baños. A levantarlos con las grúas, a levantarlos con sus necesidades y sus cosas, hay que ayudarlos a levantar, a cambiarles el pañal, a limpiarlos y todas estas cosas. Terminas a eso de las 12 y media, y entonces llega la comida. La comida tienes que repartirla y a muchos de ellos hay que darles en boca. Estás terminando de darles la comida entre la 1 y media y las 2 de la tarde. Luego, hay que acostar a ciertos residentes, porque tienen que hacer siesta. (…) Entonces hay que acostarlo, cambiarle el pañal nuevamente, echarles un poco de crema, cositas que tengan así. Ponerles la cama en la posición que van, colocarles sus almohadas para que no se caigan, o lo que sea, subirles las barandillas, protectores y cosas de estas. Póngale de unos ocho a diez abuelos que hay que acostar. Terminas a las 2:30 de la tarde, o a las 2:40, y a esa hora te sientas en el ordenador a escribir: 'los pis', 'las deposiciones', 'la medicación'… (José, C050)

Respetar la organización horaria supone en ocasiones tener que hacer las cosas de forma rápida y sin pausas. La falta de tiempo es uno de los aspectos en los que más insisten las auxiliares y gerocultoras como problema en su trabajo. Esta falta de tiempo está relacionada con las ratios que aplica cada residencia en función de lo que establece la Administración y de los criterios de aplicación, que en algunos casos se incumplen. Alexa dejó de trabajar en una residencia a causa de estos ritmos de trabajo tan intensivos:

> Tenía cinco minutos para asear a un abuelo, vestirlo, levantarlo y ¡venga! [palmea con las manos para enfatizar la rapidez]… Y la primera vez que entré a trabajar en una residencia, me dieron un teléfono, y cuando hacía 10 minutos que había entrado en una habitación [ríe] ya me llamaban para que espabilara. (Alexa, C071)

Es difícil cronometrar estas actividades. La media de 12 minutos, de 15, de 10…. nos la hemos encontrado en las distintas entrevistas realizadas, así como las estrategias de las profesionales que compensan el ahorro de tiempo en unos casos para añadir este tiempo a otros. La situación más exagerada la encontramos en el caso de Fernando (C072). En la entrevista nos transmitió su sufrimiento por la situación vivida durante su trabajo. En el turno de tarde eran 7 trabajadores para atender a unos 180 residentes y la falta de tiempo era agobiante, tanto, que después de haberse quejado varias veces a la empresa sin que hubiera respuesta alguna, optó por hacer una demanda judicial, iniciándose así un doloroso recorrido que le generó una fuerte ansiedad. La sentencia dio la razón al trabajador y aunque la empresa manifestó no estar de acuerdo, no la impugnó. Así describe Fernando cómo debía trabajar:

> Yo siempre he tenido que entrar una hora antes o irme una hora después. Porque… nunca he podido dar el trato a la persona, o no he podido ajustarme, porque, realmente, he tenido que acostar en una noche, en media hora, a veinte personas. Entonces tienes cuatro minutos. Tres minutos por residente. Entonces, yo siempre me he ido antes o me he ido después, o siempre me he buscado las castañas para, por lo menos, de cara a la persona, darle el mejor trato.

> Porque para mí… Esto me ha parecido un maltrato institucional, el poder dedicarles tan poquito tiempo. (Fernando, C072)

Raquel, trabajadora en una residencia pública, acusa también esta falta de tiempo para hacer el trabajo correctamente, cosa que "violenta a las personas mayores":

> Para mí es violento cuando el tiempo es escaso y tenemos que hacerlo muy rápidamente. Estas personas… sus ritmos son como muy lentos. O sea, es así. Entonces, nosotras vamos y, claro, tenemos que levantarles rápidamente a todos porque tenemos que ir a la siguiente y vamos aceleradas a la siguiente habitación, pero aceleradas. Y, claro, pues al final hay como una pequeña despersonalización del trabajo que estamos haciendo a diario (…) ellos también son importantes en lo que dicen y en sus tiempos. Y, sí, para mí, o sea, la palabra es violentar. Estamos violentándolos, sí. (Raquel, C034)

Irati expresa su malestar al reconocer que ella misma y sus compañeras, por esta falta de tiempo, han contribuido a hacer su trabajo incorrectamente, a dar un trato malo, "brutalidades", nos dice, que van en detrimento de la salud y el bienestar de las personas residentes. Vale la pena recoger sus propias palabras y el sentimiento que acompaña su relato:

> Ya empiezas: va, va, va, va, va... Pues, claro, muchas de mis compañeras dejaron hasta de llevarles al baño. (…) Lo único digno que podemos hacer por ellos aún, que sigan manteniendo esas costumbres, ¿no?, de poder levantarse, ir a mear o a cagar, lo que te apetezca, teniendo en cuenta que, claro, tampoco te voy a dar tiempo ni a que lo hagas tranquila. Porque mientras tú estás en el baño, yo te estoy quitando el pijama, te estoy aseando los sobacos... eso si no te toca ducha. Si te toca ducha, encima te voy a decir que lo hagas mientras te estoy duchando en la ducha, que ya lo recogeré, porque no me da tiempo a ducharte y a dejarte en el baño. Todo eso lo vamos normalizando con el tiempo, y cuando un día te plantas y te das cuenta de lo que estás normalizando, a mí, bah... se me cayó el mundo encima, porque yo lo he normalizado muchos años [llora] y he dejado que pasen brutalidades de ese pelo, porque a mí me parecen brutalidades. Abuelos que controlaban sus micciones, de perderlas por nuestra culpa, porque no les damos opción. Abuelos que te piden: 'Llévame al baño, chavala', cuando ya has terminado de vestirle y de asearle y de todo, porque entonces no tenía ganas y de pronto sí tiene, y tú le dices: 'Ya no puedo, estoy con otra persona así que háztelo encima que ya te cambiaré'. Eso a diario, creo que lo hemos dicho todas las gerocultoras más de una vez, porque no tenemos tiempo. (Irati, C070)

En estas condiciones, resulta imposible llevar a cabo una atención personalizada y, además, impide desarrollar la dimensión afectiva-relacional del cuidado, como explica Ana, terapeuta ocupacional:

> Por mucho que quieras darle, porque por mucho cariño que yo le quiera dar yo estoy 7 horas. Somos dos terapeutas para 200, 300, 400 personas, imagínate el calor que le voy a dar yo. Puedo estar 15 minutos con uno, pero ya está, luego me voy a mi casa y a lo mejor hasta dentro de una semana no le toca verme. (Ana, C289)

Insistimos en que esta falta de tiempo que sienten las cuidadoras puede expresarse de forma más aguda o liviana, según las características de las diferentes residencias. En contraste con los testimonios anteriores, tenemos el de Jenny, trabajadora en una residencia pública de gestión directa:

> Tenemos más tiempo, tenemos todas las herramientas que necesitamos... Entonces, sí que es verdad, que yo siempre he dicho, por lo menos esta residencia, quien hace mal su trabajo es porque quiere. Porque los medios para hacerlo bien, los tenemos (…). Es que ellas [se refiere a quienes trabajan en residencias privadas] no tienen otra opción. Es que hay residencias que las ratios son de 10 abuelos por auxiliar… Yo hago 4, cuando más hago, hago 5. Puedo mirar, dedicarle tiempo, ver si tiene las uñas cortadas, si no... O sea, un sin número de cosas… Aparte que mientras un grupo de residentes va al fisio y otro grupo de 10 se queda en la planta, tengo mil cosas que puedo hacer con él. Tengo tiempo para más. (Jenny, C204)

Respecto a si trabajar en una residencia pública o privada marca diferencias en la calidad del cuidado y en las condiciones laborales de las trabajadoras, hemos de decir que también en este punto hemos encontrado diversidad. Ana (C289) que ha trabajado en los dos tipos de residencias indica que "el sistema público tiene muchas carencias a nivel material, de formación de todo. Como profesional me he realizado más en la privada que en la pública". Señala que le han dado más formación, pues ha podido ir a cursos y a congresos y explica también que las personas residentes estaban mejor atendidas.

El tiempo para cuidar es pues una cuestión de suma importancia. En estos procesos se pone de manifiesto la tensión entre el tiempo de reloj, que rige los servicios de atención, y el tiempo procesual propio del cuidado (DAVIES, 1994). Jenny puede cuidar en mejores condiciones que sus compañeras de otras residencias, porque el tiempo no es tan acuciante. Y es que cuidar va más allá de levantar, vestir o dar de comer. Es tratar a la persona con dignidad y atender también sus necesidades emocionales, con solicitud y dispensación de tiempo. Carmen expresa de una forma muy gráfica lo que otras auxiliares han calificado como "ir a destajo", sin poder tener en cuenta las necesidades de cada persona:

> Este señor todos los días se ha levantado y, aseo, pum, pum, cambios de pañales, pum, al comedor, pum, comida, pum, siesta… ¿Me entiendes? Y está súper bien cuidado. Bien duchado, bien atendido, pero sin el tiempo suficiente para atender lo que requiere tal como está este señor. Es que no sé si me explico. Ir con más calma, más a su ritmo. (Carmen C045)

Otro de los temas que genera desazón en muchas cuidadoras es la categoría laboral atribuida, que asigna en muchos casos una cualificación inferior a la formación obtenida y esto repercute en los salarios, más bajos de lo que deberían ser. Es una queja constante entre quienes han cursado la formación de Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) y "luego nos rebajan a gerocultores siempre a la hora de la contratación", nos dice Fernando (C072). Como hemos señalado antes, los salarios no llegan a los 1.000 euros, excepto en residencias públicas y en las que tienen convenios específicos como es el caso de Gipuzkoa y Bizkaia. Quienes tienen esta titulación se desmarcan a su vez de quienes no la poseen, porque consideran que para dignificar el sector hay que requerir formación. Y se desmarcan sobre todo de que se considere que cualquiera puede cuidar, sin exigir requisito alguno, como ha sucedido en tiempos de la pandemia.

Pagar bajos salarios a las trabajadoras es otra estrategia de las empresas para reducir los costes y aumentar la rentabilidad. Es evidente que, tal como hemos visto anteriormente, directoras y gestoras consideran que esto es una realidad, pero que el déficit en financiación es lo que obliga a aplicar un convenio tan desfavorable para las trabajadoras. La precarización del sector es un hecho que ha sido reconocido en los informes que se han hecho sobre residencias (DEL PINO *et al.*, 2020), y resulta muy evidente cuando la lógica de la rentabilidad se sitúa por encima del bienestar de las personas. Es interesante en este sentido el relato que hacen Vivian (C168) y Lina (C169), ambas gerocultoras con larga experiencia laboral en una residencia pública municipal, que actualmente gestiona una empresa multinacional. Explican de forma detallada sus experiencias respecto a las cinco empresas que, de forma sucesiva, han gestionado la residencia desde el año 1996. Consideran que la primera empresa era sensible a las personas usuarias y a las trabajadoras, pero no ha sido así con las que la sucedieron, preocupadas por la reducción de gastos. Este objetivo ha supuesto un empeoramiento de las condiciones laborales (salarios, falta de formación, bajas que no se suplen, mayor carga de trabajo) y repercute también en la calidad de la alimentación y en la falta de material básico. Destacan que desde la Administración no se ha hecho el control necesario sobre la gestión de estas empresas; y es una prueba de que la propia Administración consiente unas condiciones que inciden en la precarización del sector. Todo ello convierte a las trabajadoras en "trabajadoras pobres", que o bien complementan sus ingresos con los de su pareja, o bien han de buscar

empleos adicionales para mejorar su remuneración, frecuentemente como empleadas en hogares por horas. Es el caso de Irati, que remarca la imposibilidad de conciliar su vida laboral y familiar, lo que le imposibilita también a ser lo que denomina "sujeta de vida":

> Ahora ya no, pero yo lloraba cada día 15 del mes, porque ganando 1000... 1100 euros que ganaba yo, pero eso porque me están pagando las pagas prorrateadas, las 13... Antigüedades que yo tenía acumuladas y todo, sacar dos hijos adelante, aunque estén una semana sí otra no conmigo, es inviable, o sea, es muy difícil. Yo he tenido que reforzarlo con trabajos en B limpiando casas, y me costó mucho separarme del padre de mi hijo porque no sabía dónde caer muerta, ¿eh? Si no, me hubiera separado antes, pero dije: '¿a dónde voy yo? ¿Adónde voy yo?'. (…) Económicamente no podemos ser sujetas de vida cuando trabajamos para residencias, porque es que encima nos tienen como si fuéramos el complemento del sueldo de casa, y no, nosotras queremos un sueldo digno para poder tener una vida digna individualmente. (Irati, C070)

Y nuevamente surge la idea que estos salarios tan bajos tienen que ver con la condición de mujer de quienes realizan estos trabajos.

Asociada a la precarización que genera el contrato como gerocultoras se encuentra también el hecho de tener que hacer tareas adicionales que no corresponden a esta categoría. Paulina (C187) que hace el turno de noche en una residencia pública con gestión privada, sufre una considerable presión asistencial, al tener que hacerse cargo, junto con otra auxiliar, de 70 residentes. Considera que el turno de noche está injustamente definido como un turno de vigilancia cuando, en realidad, es también asistencial, debido justamente a la elevada dependencia y fuerte deterioro cognitivo que tienen muchas de las personas residentes, que requieren atención constante. Al no haber en este turno profesionales de enfermería, ha tenido que asumir frecuentemente tareas que no le corresponden (valorar derivaciones a urgencias, tomar tensión, saturación, o administrar determinados medicamentos), cosa que la pandemia agravó y llegó a situaciones extremas, como es tener que administrar mórficos. También ella se queja de que siendo auxiliar de enfermería se la contrata en una categoría laboral inferior y, contradictoriamente, le demandan que haga trabajos que corresponden a una categoría superior a la de su propia titulación.

Cuidadoras y limpiadoras tienen recorridos profesionales cortos. No pueden ascender a lugares de más responsabilidad y mejor remunerados. "Es un sector cerrado, no tienes proyección de futuro profesional, y esto a mí me ha faltado siempre. 'Si encuentro otra cosa, marcho rápidamente': mucha gente se lo plantea así." (Maria, C013*). Además, cuidar es duro y tiene momentos desagradables, que comportan un desgaste físico y emocional. Físico, porque, aunque haya grúas y técnicamente las cuidadoras saben manejar los cuerpos de las personas residentes, el cansancio y la ansiedad aparece fácilmente cuando los ritmos de trabajo son muy intensos. "Una debacle física brutal. Tengo una chepa que no tenía antes, y es del trabajo, de tanta carga", indica Irati (C070). José (C050), por su parte, tuvo que cambiar de residencia porque al llegar a la que trabajaba, nos dice, se le bajaba el ánimo y la energía, por el enorme estrés que le representaba la carga de trabajo. Incluso Jenny (C286), que asegura tener unas buenas condiciones laborales, reconoce que su trabajo le impacta psicológicamente y que acaba muy cansada por ello. No olvidemos, además, que las cuidadoras sufren a menudo agresiones físicas y verbales, incluso de tipo sexual, por parte de personas residentes. Es cierto que hay protocolos al respecto y que estas agresiones se deben a los trastornos cognitivos que alteran el comportamiento de algunas personas residentes. Aunque esto se conoce, no deja de ser un problema para la salud y el bienestar de las trabajadoras.

Visto que el trabajo de las cuidadoras es un trabajo duro, absorbente, que se desarrolla con mucha presión asistencial y, además, está mal pagado, nos preguntamos, qué retiene a estas trabajadoras en su empleo. Muchas abandonan cuando tienen la oportunidad, ya lo hemos

comentado, pero otras permanecen en sus puestos. Esto se hace posible a partir de reconocer la dignidad, necesidad y sentido moral del trabajo que realizan, tal como señala Paloma MORÉ (2016). La construcción de un vínculo con las personas residentes es uno de los mecanismos emocionales más importantes que dan sentido al trabajo. Muchas trabajadoras hablan de las/os ancianas/os como "sus abuelos", lo que expresa una vinculación afectiva. Y utilizan la metáfora de la "familia", que difumina la división entre trabajadora y residente. Es algo que se repite entre las auxiliares y las gerocultoras:

> Son mis abuelos. Yo he estado de baja porque me hice daño en la rodilla y llamaba a mi jefa para preguntar por mis abuelos. Me decía: 'Karen, tranquila, que están bien'. ¡Yo lo quería saber! Me hacían videollamadas para verles. Les coges cariño. El día a día es eso, los lazos se van haciendo. (…) Yo quiero mucho a mis abuelos. Cuando murieron lloré muchísimo en casa. Me daba muchísima pena. (Karen, C235)

> Lo que siento yo es que estas personas son parte de mi familia. Entonces, por mi parte, me tenía que implicar familiarmente, como hubiera hecho con cualquier miembro de mi familia, porque ellos, para mí, son familia. (Nabila, C102*)

Esta creación de vínculo es un mecanismo que contribuye a humanizar a los residentes, generando una empatía que ayuda a hacer frente a situaciones difíciles. A su vez, dignifica el trabajo de las cuidadoras, que no son máquinas que producen cuidados en cadena, a ritmo de cronómetro, sino que son cuidadoras sensibles, que incorporan el afecto en su trabajo.

La otra dimensión importante que contribuye a dignificar el cuidado es considerarlo humanamente necesario. Es la "vocación", tal como se expresa en muchas ocasiones:

> Cuidar, creo, es un trabajo importante. Has de estar en la persona. Tienes ante ti un montón de personas que te necesitan a ti para vivir. Así de claro. Necesitan que yo les dé el almuerzo, que les dé la medicación cuando convenga, que los haga sentir personas, en el sentido que les haga sentir que están vivas, que esto es muy importante, y que les aprecio, que esto lo valoran mucho. Que noten que yo, la trabajadora, las aprecia, las quiere. (…) Y evidentemente que es una profesión, pero he de decir que mucha gente que trabajamos en esto es vocacional, nos sale de dentro. Desprendes, das amor y también recibes amor, evidentemente. (Maria, C013*)

Montse Sedó (F008*), del sindicato CCOO, subraya esta carga añadida emocional, e indica que "de vocación no se vive" y por ello reclama un convenio laboral específico para Cataluña. Desde los sindicatos se señala la dificultad de sindicalización en este sector. Las trabajadoras no son bien vistas si se afilian a un sindicato, nos dicen, e incluso pueden recibir advertencias o amenazas si lo hacen. En el País Vasco, sin embargo, ha habido una fuerte movilización y las luchas han contribuido a tener unas condiciones laborales que son mejores que en el resto de las comunidades autónomas, aunque no se consideran todavía satisfactorias.

En Bizkaia, la huelga de 378 días en residencias privadas en 2016-2017, marca un hito. Las experiencias de esta huelga se relatan en el libro *No eran trabajadoras, solo mujeres* (publicado en su versión en euskera bajo el título *Berdea da more berria*), escrito por la periodista Onintza IRURETA AZKUNE (2019), que recoge el testimonio de las huelguistas. Reivindicaron la mejora de sus condiciones laborales hasta el punto de afirmar que, si no la conseguían, "sería la sociedad la que saldría perdiendo". Entrevistamos por nuestra parte a una auxiliar, Ainara (C250), delegada sindical de Eusko Langileen Alkartasuna (ELA), que participó en la huelga y está orgullosa de lo que consiguieron. Las luchas habían empezado mucho antes y en el año 2003 se consiguió tener un convenio laboral propio. Cada nuevo convenio supone para la entrevistada una lucha. "Siempre se mejora, pero nunca nos regala nadie nada". Hoy en día las auxiliares cobran 1.360€ brutos mensuales y trabajan 1592 horas, tal como recoge el V Convenio, firmado después de los 378 días de huelga, que obligó a crear una caja de resistencia y consiguió el empoderamiento de las huelguistas. Ainara cree que el hecho de ser un sector

feminizado ha tenido consecuencias en la negociación, al considerar que las mujeres no podrían resistir tanto tiempo, al tener que cuidar de sus hijos. Pero, "cuando una mujer se pone, se pone", remacha Ainara. Y tiene razón en que hubo un sesgo machista en la negociación, tal como relata la responsable de género de ELA, sindicato mayoritario en las residencias vascas: "En las primeras negociaciones uno de la patronal se tocó directamente el paquete y dijo: 'de aquí va a salir el dinero para vuestro convenio', o trivializó las demandas: '¿para qué quieres el dinero, para ir a la peluquería?'" (Jone Barrenetxea, C258).

En el caso de Gipuzkoa, el I Convenio sectorial de residencias se firmó en el 2005 y en los distintos convenios firmados hasta el momento se han ido consiguiendo mejoras laborales. Puesto que estas luchas se iniciaron hace años, se trata actualmente de un sector organizado, como señala Jasone responsable del ámbito sociosanitario de Gipuzkoa del sindicato ELA:

> El ámbito sindical siempre se ha ligado a un mundo más masculino, a un mundo más industrial, más organizado, también espacialmente, porque es un taller, tiene sus trabajadores… Siempre ha sido así, históricamente hablando. Y los ámbitos, sobre todo, feminizados, porque son ámbitos feminizados, el de las residencias, el sociosanitario, principalmente el 95% son mujeres, históricamente hablando, siempre ha sido más difícil sindicalizar. Pero bueno aquí, en Gipuzkoa, sobre todo, se ha hecho un trabajo muy importante para organizar el sector en residencias. (Jasone, C242)

Cuando irrumpió el coronavirus, las trabajadoras estaban en huelga para reivindicar mejoras en la conciliación de la vida laboral y familiar. Interrumpieron la huelga para incorporarse al trabajo debido a las necesidades generadas por la pandemia. Posteriormente han recuperado la huelga, aunque el Gobierno Vasco ha decretado como servicios mínimos en las residencias el 100% de las actividades.

Con todo, las trabajadoras que hemos entrevistado se ajustan a las tareas que les corresponde hacer y dan valor al trabajo que hacen. Consideran importante que las personas atendidas estén en las mejores condiciones posibles. Cuando expresan descontento lo hacen en relación con una sobrecarga de trabajo que impide realizar un buen cuidado, con unos salarios que son muy bajos, y con una categoría laboral que no se corresponde con las actividades que de hecho hacen. A ello se añade un sentimiento de falta de reconocimiento por el trabajo realizado. Compensan estos inconvenientes desde la construcción de vínculos emocionales con las personas cuidadas, la ayuda entre compañeras y el convencimiento de que realizan una labor importante. La aplicación del modelo de ACP contribuye a dar más sentido al trabajo que realizan las cuidadoras. En las residencias donde se ha conseguido implementar ha contribuido a estabilizar las plantillas, pero como ya hemos apuntado anteriormente, requiere cambios en la organización del trabajo, mayor flexibilidad y financiación.

Como cierre de este capítulo incorporamos los comentarios de una auxiliar, o gerocultora, que hace un diagnóstico claro de los elementos que inciden en la situación de las residencias:

> La situación de las residencias… yo creo que ha sido la parte olvidada del campo sanitario y social del sistema. Al final somos mujeres que cuidamos a personas mayores, y tanto las mujeres como las personas mayores están bastante olvidadas en nuestra sociedad, y ese es un poco el reflejo de nuestras condiciones tanto laborales como de la propia situación de las residencias. (…) La mayoría mujeres y la mayoría migrantes, somos lo último, lo último de la sociedad, y las personas mayores, igual. En esta sociedad cuesta mucho valorar a las personas mayores. Y al final es gente que está viviendo su vida y puede tener planes de vida, proyectos de futuro y tenemos que darles unas vidas dignas. (Marta, C146)

4.3. CONFRONTAR LA PANDEMIA EN LAS RESIDENCIAS

En España, y en Europa en general, la percepción del coronavirus como una amenaza llegó tarde, cuando ya no se pudo evitar su impacto. Se conocía lo que sucedía en China, pero no se pensó que el virus pudiera afectar a unos países que se sentían seguros y confiados por la supuesta superioridad de su sistema sanitario (MEINHOF, 2020). Así lo confirma quien era el responsable de Salud Pública en Cataluña, Joan Guix (C320), que no se mostró inicialmente preocupado ya que periódicamente se recibían alarmas de enfermedades infeccionas y se habían podido contener. Se proclamó el estado de alarma el 14 de marzo de 2020 y la gestión de la pandemia no fue sencilla. Joan Guix piensa que faltó un interlocutor único y acuerdos políticos para un adecuado manejo de la crisis, lo que propició la falta de confianza de la población. A la hora de establecer criterios y protocolos de actuación hubo confrontación entre comunidades autónomas y Estado, pero también la hubo en el interior de los gobiernos autonómicos. Es significativo que la grave crisis que estalló en las residencias fuera el detonante de crisis políticas, larvadas ya por anteriores discrepancias. Esto sucedió tanto en Cataluña, donde se trasladó la competencia en residencias de una consejería a otra[22], como en la Comunidad de Madrid, donde llegó a dimitir un consejero[23]. En ambos casos la confrontación política entre los partidos socios de gobierno se cruzó con las diferencias en la gestión de la crisis sanitaria y específicamente de las residencias.

Los protocolos dirigidos a las residencias de mayores y dependientes se gestan en este contexto de incertidumbre y también de confrontación política y se hacen desde la lógica del sector sanitario, que no tuvo en cuenta la especificidad del cuidado social. Directoras y trabajadoras han sido unánimes al describir la falta de directrices claras y los continuos cambios de protocolos. La sensación generalizada ha sido de olvido, de dejadez del sector por parte de las autoridades sanitarias. Las residencias han sido las "eternas olvidadas", señala Ana (C289), lo que ha ahondado en su invisibilidad y en su falta de valoración, que contrasta con el reconocimiento recibido por parte del personal sanitario. La técnica responsable del Ayuntamiento de Barcelona expresa este abandono con vehemencia e indignación:

> Es una vergüenza, ¡nos abandonaron! (…) Salut [Departamento de la Generalitat] nos tenía que haber alertado, reforzado, nos tenía que haber declarado personal esencial, nos tenía que haber facilitado EPIs, nos tenía que haber formado, nos tenía que haber alertado, y esto no sucedió. Es más, nos abandonaron, y cuando gritabas SOS, ni venían ni se les esperaba. (Esther Quintana, C012*)

Directoras y trabajadoras describen estas circunstancias iniciales de la pandemia con un sentimiento trágico sobre lo sucedido: ha sido un drama, un infierno, un tsunami, una hecatombe, una guerra. La percepción de haber vivido una guerra se repite con insistencia: "cada día era la guerra" (Beatriz, C237); "ha sido una guerra, una guerra femenina" (Carme, C024*); "no sabíamos ni por dónde nos venían los tiros; era como una guerra de trincheras, y nosotros somos los soldaditos" (Rocío, C231). Interpelan al mismo tiempo a su responsabilidad y necesidad de unidad: "Esto es una guerra de todo el mundo y nos vamos a salvar a base de

[22] En Cataluña, las residencias estaban adscritas al Departament de Treball, Afers Socials i Famílies, que se mostró ineficaz y errático en sus decisiones y, sobre todo, perdió el control de la situación. Esto motivó que las competencias de las residencias se traspasaran al Departament de Salut, lo que se anunció en una rueda de prensa celebrada el 7 de abril de 2020. Previamente, uno de los socios del gobierno, Junts per Catalunya (JxC) había mostrado serias discrepancias por la gestión de las residencias, expresadas por el propio presidente de la Generalitat, Joaquim Torra. Tanto la Consejería de Treball, Afers Socials i Famílies como la de Salut estaban gestionadas por ERC, y la manera más fácil de resolver la confrontación con JxC fue trasladar las competencias desde una consejería a la otra.

[23] En el caso de la Comunidad de Madrid, el consejero de Políticas Sociales, Igualdad, Familias y Natalidad, Alberto Reyero, de Ciudadanos, de quien dependía la gestión de las residencias, se confrontó con el consejero de Sanidad, Enrique Ruiz Escudero, del Partido Popular, por los protocolos que impedían derivar a las personas residentes a los hospitales, y acabó dimitiendo el 10 de octubre de 2020.

lucharla todos. No huir ni darte de baja: tienes que estar ahí, tienes que estar donde te corresponde" (Maria, C013*). También expresan aquí el desamparo, la impotencia y el abandono sufrido por parte de las Administraciones públicas. Cinta Pascual, presidenta de ACRA y del CEAPs lo recuerda amargamente:

> Yo recuerdo que Toni Andreu [médico y director estratégico del ACRA] me dijo: 'A ver, presidenta, escúchame un momento. ¿Tienes claro que esto es una guerra?' Y yo le dije: 'Creo que lo tengo clarísimo que es una guerra' Y le dije: 'Tu ejército no me ha protegido, ¡no tiene armas!' (quería decir que no teníamos EPIs). Por tanto, estamos trabajando con el cuerpo, no tenemos EPIs, no tenemos mascarillas, necesitábamos monos porque la infección no sabíamos dónde la teníamos. Y yo le dije así, tal cual: 'Estamos en guerra con un palo de granero, no tenemos nada más'. (Cinta Pascual, C027*)

Como señalan George LAKOFF y Mark JOHNSON (1986), las metáforas tienen una base en la experiencia y esta referencia a la guerra como metáfora de la lucha contra el virus constituye un marco de sentido recurrente mediante el que se expresa el escenario de excepción, extraordinario, desbordante y peligroso, cuando impactó la covid con tanta fuerza. De hecho, está en coherencia con la retórica institucional y política con la que se presentó la emergencia social y sanitaria y por la que se legitimaba el sobre esfuerzo que se pedía a los cuerpos asistenciales y, en general, a los trabajadores esenciales, así como las medidas adoptadas sobre la población, de carácter excepcional (BRANICKI, 2020).

4.3.1. DIRECTRICES Y PROTOCOLOS GENERALES: "HA HABIDO MUY POCA AYUDA. Y MUY POCA COORDINACIÓN"

Con fecha 5 de marzo de 2020, es decir, veinte días después del primer fallecimiento por covid-19 en España[24], el Gobierno del Estado emite un documento con recomendaciones dirigidas a residencias de mayores y centros sociosanitarios para proteger la salud de personas residentes y trabajadoras/es. El documento aconseja que visitantes y familiares se abstuviesen de acudir a los centros si presentaban síntomas de infección respiratoria, insiste en la frecuente higiene de manos y en la conveniencia de disponer de dispensadores de gel hidroalcohólico, recomienda que aquellas personas residentes que presenten síntomas respiratorios restrinjan sus movimientos evitando zonas comunes y, si fuera necesario, lleven mascarilla quirúrgica. Incluye igualmente una serie de medidas destinadas a proteger la salud de las trabajadoras y los trabajadores, sanitarios y no sanitarios, que tuvieran contacto con posibles pacientes contagiados y aconseja la limpieza y desinfección de espacios y superficies. Anima, además, a que los centros elaboren planes de actuación adecuados a las características de las personas residentes[25]. Es lo que hicieron, en general, los centros residenciales. Algunos se adelantaron a las directrices del Gobierno y en febrero ya habían elaborado su propio protocolo de funcionamiento, otros no lo hicieron hasta el mes de abril (DEL PINO *et al.*, 2020: 56-57).

Como las competencias de desarrollo de los servicios sociales están transferidas a las comunidades autónomas, las medidas relacionadas con la organización y las normas de convivencia en las residencias (aislamiento, régimen de visitas y derivaciones a hospitales, entre otras) se acuerdan por los departamentos autonómicos o provinciales (diputaciones forales en el caso la comunidad autónoma del País Vasco) de Servicios Sociales que han sido los encargados de dictar protocolos sobre las pautas a seguir en cada territorio y en cada

[24] El primer caso de contagio de covid diagnosticado en España fue el 28 de enero de 2020 en La Gomera y el primer fallecimiento se produjo el 13 de febrero en Valencia. PULIDO, Sandra (2020): "España confirma su primer caso de coronavirus en La Gomera", *Gaceta Médica* (31 de enero), Enlace; MARTÍN DEL CAMPO, Esther (2020): "Valencia confirma la primera muerte por coronavirus en España", *Gaceta Médica,* (4 de marzo).

[25] MINISTERIO DE SANIDAD (2020), Documento técnico. Recomendaciones a residencias de mayores y centros sociosanitarios para el COVID-19 (versión de 5 de marzo).

centro. En las residencias, el personal directivo es el encargado de aplicarlos. Algunos de estos protocolos carecían de directrices claras, como los que prescribían el uso de materiales de protección o el régimen de visitas. Otros, como los relacionados con las medidas de aislamiento de las personas residentes y los que afectaban a las limitaciones de acceso a los hospitales, generaron malestar y desconcierto por su incoherencia, o por las consecuencias de su puesta en práctica, que causaba un impacto negativo sobre las personas residentes.

Para quienes gestionan residencias ubicadas en distintas comunidades autónomas la labor ha resultado especialmente compleja, "porque cada comunidad autónoma ha marcado unas pautas, que a veces no tenían nada que ver entre unas comunidades y otras. E incluso dentro de una misma Comunidad, provincias distintas dictaban cosas distintas. Y entonces era realmente muy difícil poder aplicar un protocolo común" (Rodrigo, C171). En todos los territorios se generó el mismo desconcierto; directoras y gerentes de residencias públicas o privadas de distintos municipios lo señalan: "Yo en una semana pude tener tres protocolos diferentes" (Telma, C 213); "…yo no sé quién hacia los protocolos, llegaba un protocolo, a las dos horas llegaba otro, era lo contrario que el primero. Dabas una orden y luego tenías que dar la otra" (Beatriz, C 237). "Nos llegaba una información desde diputación, otra información desde Osakidetza [Departamento Vasco de Salud, perteneciente al Gobierno Vasco], en un sitio nos decían que teníamos que hacer una unidad de sospechosos, cuando lo hacíamos desde diputación nos decían que no… entonces vuelta para arriba, vuelta para abajo" (Concha, C 252). Puntos de vista que coinciden con lo que recoge el informe del Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC) que investiga lo sucedido en las residencias durante la primera ola, cuando señala que en una comunidad autónoma "llegaron tres normativas distintas y no siempre coincidentes al mismo tiempo" (DEL PINO *et al.*, 2020: 56).

Las directoras de las residencias consultadas destacan que la incongruencia de los protocolos y los desencuentros entre administraciones, y de estas con los centros residenciales, son debidas básicamente al desconocimiento que tienen las autoridades sanitarias sobre las residencias. Desconocen el contexto, dicen, y señalan, entre otros, que debido a las particularidades de las personas que atienden (algunas de ellas con deterioro cognitivo), ciertas pautas aplicables en el ámbito sanitario no son aconsejables, o son incluso perjudiciales, en los centros residenciales. Un ejemplo de ello, en el que profundizaremos más adelante, es la recomendación de aislar a las personas residentes en habitaciones individuales, ignorando que personas con enfermedades cognitivas no pueden comprender las razones de tal reclusión.

Por todo ello, cuando se ha preguntado a directoras y gerentes sobre los aspectos que serían prioritarios para que no volviera a repetirse, su demanda se concreta en aumentar la organización, coordinación y ayuda, de manera que la relación entre la administración competente y las residencias fuera fluida y permitiera una gestión más eficaz:

> Sobre todo, la organización. Es que cada día nos decían una cosa diferente… Había mucha confusión… es que, realmente, no sabíamos, de un día para otro, cómo iban a funcionar las cosas… Porque ha sido tan tremendo… Sobre todo, pues, más coordinación y más ayuda. … yo creo que muchas veces han dejado mucho peso en las residencias. Como que: 'ya se organizarán', o: 'ya irán saliendo', o: 'ya se apañarán'. Entonces, de lo duro, lo fuerte, de marzo abril…, ahí ha habido muy poca ayuda, muy poca ayuda, muy poca ayuda. Y muy poca coordinación. (Verónica, C227).

4.3.2. LA FALTA DE COORDINACIÓN ENTRE LOS SERVICIOS SOCIALES Y LOS SANITARIOS

Como afirma María Jesus Goikotxea[26], la pandemia ha visibilizado la mala relación entre los sistemas sanitarios y los de servicios sociales respecto al cuidado de las personas mayores en los centros residenciales: un problema de coordinación entre los dos sistemas previo a la aparición de la covid. En Cataluña, desde el propio gobierno se reconoce que durante la pandemia han emergido "otras debilidades (del sistema) relacionadas con la falta de integración asistencial entre el ámbito de la salud y el ámbito social" (CONSELL ASSESSOR DE SALUT, 2020). Esta falta de coordinación afectó gravemente la atención sanitaria de las personas residentes, debido a las dificultades de acceso al personal sanitario, las limitaciones en la derivación a hospitales, así como los problemas de traspaso de información vital.

Las residencias sufrieron en primera instancia que el personal médico y de enfermería de los propios centros se contagiara y no pudiera atender los problemas de salud de las personas residentes, a lo que se añadió la dificultad extrema para contratar este tipo de personal, que era absorbido por los hospitales. El acceso a los servicios sanitarios fue también muy difícil, por el colapso que padecían, lo que ha sido calificado como una barrera insuperable (Antonia, directora de una residencia pública con gestión privada, C011). La atención ofrecida por los servicios básicos de sanidad fue en general muy deficiente: "los profesionales del CAP [Centros de Atención Primaria] no acudieron hasta que no hubo 2 ó 3 muertos diarios", señala David, director de una residencia privada (C054*).

El vacío sanitario que sufrieron las residencias en Cataluña y Madrid no se cubrió tampoco por las empresas subcontratadas para prestar atención especializada. En Cataluña, los EAR que actúan a través de una empresa privada en Barcelona y en tres municipios metropolitanos, tuvieron una actuación de escándalo pues no acudían cuando se les llamaba, lo que generó desconcierto y sentimiento de abandono. Antonia (C011*) se queja de la falta de respuesta del EAR: "¡una falta de atención total!"[27]. En Madrid, una polémica encomienda de medicalización de las residencias a una empresa privada terminó sin apenas haberse iniciado[28]. Las directoras de residencias de Cataluña señalan que hubo un gran cambio en positivo cuando el Departament de Salut encargó a los CAP que se ocuparan de las residencias, pues finalmente pudieron acceder a la atención sanitaria básica. Con todo, uno de los grandes problemas que se generaron en las residencias fue el de las dificultades de derivar a las personas residentes enfermas a los hospitales.

4.3.2.1. EL ACCESO A HOSPITALES: "HAN MUERTO EN RESIDENCIAS PORQUE NO HAN PODIDO MORIR EN UN HOSPITAL"

La Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid dictó varios protocolos que modificaban los procedimientos habituales de acceso de mayores procedentes de las residencias a los centros hospitalarios. Uno de ellos, "Criterios de exclusión de derivación

[26] SALICRÚ, Joan (2020): "Conversa sobre les residencies de gent gran i la Covid. María Jesús Goikoetxea i Josep París", *Valors, Filosofia de l'actualitat,* (11 de agosto).

[27] En esta comunidad autónoma, Esther Quintana (C012), del Instituto Municipal de Servicios Sociales de Barcelona, se queja de que, a pesar de llamar continuamente a los EAR, no acudió ningún médico ni personal sanitario; Jonathan (C187), gerocultor, afirma que el soporte real de los EAR se limitaba a contactos telefónicos y Vidal Aragonés (C236), parlamentario de la CUP, denuncia su actuación durante la pandemia y califica como "gran estafa" el hecho de que las personas residentes se quedaran en la práctica fuera de la sanidad pública.

[28] La conocida como "operación bicho", por las irregularidades de la contratación y la falta de transparencia del proceso, se discutió en la Comisión Covid-19 de la Asamblea de Madrid los días 4 y 18 de diciembre de 2020. El gerente de la empresa encargada de la medicalización reconoció las limitaciones de su trabajo: "posiblemente hubiésemos podido salvar a más gente si hubiésemos tenido tanto los medios como el tiempo, ¡que no tuvimos ninguno de los dos!" (*Diario de Sesiones de la Asamblea de Madrid*, 18 de diciembre de 2020, p.20254).

hospitalaria ante otra patología" establecía que debía realizarse una valoración conjunta con el/la geriatra de enlace del hospital correspondiente para la admisión de personas provenientes de centros residenciales. Literalmente especificaba lo siguiente:

> NO se derivarán al hospital a los pacientes que cumplan con los siguientes criterios:
> - Criterios de gravedad de la patología aguda a tratar
> - Pacientes en situación de final de la vida subsidiarios de cuidados paliativos
> - Pacientes con criterios de terminalidad oncológica, de enfermedades de órgano avanzada
> - Pacientes con criterios de terminalidad neurodegenerativa (GDS de 7)
> - Deterioro funcional severo (definidos por Barthel <25)
> - Deterioro funcional grave (Barthel 25-40) más deterioro cognitivo moderado (GDS 5): lo ideal sería visita/atención en la propia residencia[29].

Las directoras y gerentes de los centros coinciden en afirmar que estos protocolos eran comprometidos y difíciles de cumplir desde un punto de vista ético. La mayoría de las personas residentes, con edades que sobrepasan los 80 años, difícilmente escapaban de alguna patología de las señaladas y se discriminaba directamente a las personas con discapacidad. La polémica derivada de la aplicación de este protocolo de derivación causó alarma social y fue objeto de investigación y debate por la Comisión de Investigación sobre la situación provocada por la Covid-19 en los centros residenciales de personas mayores de la Comunidad de Madrid y la gestión que hizo el Gobierno regional de la misma durante los meses de febrero a junio de 2020 (en adelante Comisión Covid-19 de la Asamblea de Madrid)[30]. Estas directrices que impedían en la práctica la derivación de personas mayores a los hospitales, colocaban a las directoras de las residencias en una posición crítica, sin recursos para atender a las personas residentes enfermas y sin poder enviarlas a los centros sanitarios correspondientes para ser atendidas:

> De hecho, los centros llamaban a los hospitales para decirles 'oye, tengo esta persona que está mal que la tienes que llevar', y no se las llevaba. O sea, la gente se ha muerto en las residencias porque no se ha podido morir en un hospital. Eso es una cosa, que, vamos que quien quiera decir otra cosa lo puede decir, pero la realidad es que se han muerto en las residencias porque no se los han llevado a donde correspondía ¿no?, por eso la responsabilidad de decir 'no, es que la gente que se ha muerto en las residencias', como si en las residencias lo hubieran hecho mal, a mí me ha parecido injusta. (Jose Mª Toro, C198).

En Cataluña, ante la situación extrema que se vivió en los centros sanitarios, el Sistema d'Emergències Mèdiques (SEM), el 24 de marzo de 2020, emitió un documento para establecer los criterios de cribaje de pacientes[31]. Este documento generó alarma social, pues evidenciaba la incapacidad del sistema sanitario para atender a todas las personas que enfermasen. Tal como subraya el SÍNDIC DE GREUGES (2020: 11), la limitación del esfuerzo terapéutico no es una novedad, y desde hace años los comités de ética y bioética y las sociedades médicas han elaborado documentos para orientar a los profesionales que se encuentren en la tesitura de iniciar o continuar tratamientos con un impacto escaso o nulo en la persona. Se trataría de evitar, pues, el encarnizamiento terapéutico. El problema del documento del SEM es que marcaba criterios distintos según la edad y establecía que los mayores de 80 años no eran

[29] Extraído del Protocolo del Gobierno de la Comunidad de Madrid que impide trasladar determinados pacientes de residencias a hospitales, publicado por *Infolibre.es* 27/05/2020 y reproducido por Rico (2021: 50-59).

[30] La Comisión Covid-19 de la Asamblea de Madrid se creó el 6 de julio de 2020 y ha continuado sus trabajos hasta el 11 de marzo de 2021 cuando la presidencia de la Comunidad decretó la disolución de la Asamblea y la convocatoria de elecciones. En ese periodo ha contado con las comparecencias de personas vinculadas a distintos ámbitos de la atención residencial: representantes de asociaciones de empresas, organizaciones sindicales, asociaciones de familiares, cargos de la Administración autonómica y directoras y gerentes de residencias, entre otros, y ha servido para dar a conocer la grave situación que atravesaron las residencias madrileñas durante la primera ola de la pandemia.

[31] Sistema d'Emergències Mèdiques (2020): Recomanacions per suport a les decisions de limitació d'esforç terapèutic (LET) per a pacients amb sospita de COVID-19 i insuficiència respiratòria aguda (IRA) hipoxèmica, Enlace.

tributarios del esfuerzo terapéutico. Ante el escándalo que esto motivó, el documento se retiró (de hecho, no es fácil localizarlo actualmente) y la consejera de Salut desmintió que hubiera discriminación por edad.

En la práctica, los criterios de admisión quedaron en manos de la dirección de los hospitales y en Cataluña hubo finalmente una situación muy parecida a la de Madrid. Algunos hospitales admitían personas de las residencias, pero otros no. De las cuatro residencias municipales de la ciudad de Barcelona, dos de ellas no pudieron hacer derivaciones, pero en cambio, otras dos sí. Estando una de las investigadoras haciendo una entrevista en una residencia privada, le comunicaron a la directora (Guillermina, C079) que desde el hospital de referencia rechazaron ingresar a la persona enferma que les derivaban, con el argumento de que en urgencias no admitían a nadie de una residencia. Joan, director de una residencia pública catalana, explica que en diversas ocasiones tuvieron dificultades para acceder a la red hospitalaria.

> Llamabas al 061 y te decían 'escucha, no es derivable, y ya está'. Por nuestra parte, sabiendo esto, informábamos a las familias diciendo que la red hospitalaria estaba colapsada y que había casos en que nos decían que no eran derivables. Sobre todo, en los últimos días del mes de marzo y los primeros de abril tuvimos dificultades importantes. (Joan, C201*)

Tanto en la Comunidad de Madrid como en Cataluña, los servicios sanitarios, sobre todo los hospitales, no respondieron a las llamadas. Las personas que enfermaban permanecían en las residencias donde a menudo empeoraban y, en algunos casos, fallecían, sin que el personal de los centros pudiera hacer nada para impedirlo. Las comunidades autónomas en las que se estableció este sistema de cribaje en los hospitales son también las que presentaron mayor mortalidad en las residencias en la primera fase de la pandemia[32].

En el País Vasco, las directoras y gestoras entrevistadas no han puesto de manifiesto grandes dificultades a la hora de derivar a las personas residentes a los hospitales. Por tanto, no han tenido que enfrentarse a la impotencia ni a la tragedia de ver morir a las personas residentes en los centros. Han podido ofrecer salidas dignas, como las que suelen ser habituales en situaciones no excepcionales, a la hora de atender a las personas residentes en momentos de urgencia. Así lo expresan, por ejemplo, Federico y Soraya, responsables de una residencia gestionada por una fundación:

> … no tenemos ningún reproche como ha sucedido o han informado que ha sucedido en otras Comunidades, eso de derivaciones hospitalarias…, nunca nos han negado la asistencia a ningún usuario… Cuando más usuarios hemos podido derivar para el hospital, nos los han admitido siempre. (Federico y Soraya C255)

No obstante, se han quejado de la falta de comunicación y coordinación entre Osakidetza (Departamento de Salud, perteneciente al Gobierno Vasco) y las residencias. Federico y Soraya conocieron la existencia del primer positivo por covid-19 en su centro cuando la médica de la residencia accedió al historial de una de las personas residentes que había tenido que acudir al hospital por otra dolencia. Según relatan, Osakidetza no comunicó al centro que la persona residente había dado positivo. Además, estuvieron toda una noche intentando contactar vía telefónica con el servicio creado por Osakidetza para gestionar casos de coronavirus, pero nadie atendió su llamada. Denuncian los hechos de forma contundente:

> Pero sigo manteniendo la misma crítica, a nosotros como centro, nadie de Osakidetza nos comunicaron un solo positivo. Nosotros estábamos accediendo a los datos de una forma fraudulenta, con las claves de los médicos que tenemos aquí, porque nos las cedieron. Es

[32] Entre el 14 de marzo y el 22 de junio fallecieron un total de 10.546 residentes por enfermedad compatible con Covid-19. De esa cifra, el 44,9% correspondían a la Comunidad de Madrid y un 19,9% a Cataluña (IMSERSO, Actualización nº 14. Enfermedad por coronavirus (COVID-19) en Centros Residenciales. 30/05/2021).

> lamentable que se diera comunicación a un familiar y no a un centro, centro que tiene que adoptar medidas, es patético. A día de hoy nadie nos ha comunicado ni un solo positivo. (…) lo que no puede ser que un centro que deriva, que tiene un brote, no tenga la comunicación. Todo porque violamos supuestamente la ley orgánica de protección de datos, ¡qué chorrada! Con perdón de la expresión, ¿qué me estás contando? (Federico y Soraya, C255)

Problemas de comunicación y de información parecidos se produjeron también en Cataluña. Hubo situaciones complicadas en los ingresos hospitalarios que se consiguieron hacer, como el hecho de que algunas personas fueran tratadas directamente con paliativos sin tener un diagnóstico claro (Antonia, C011; Sara, C101). Carme (C024) relata que desde el CAP derivaron a hospitales a varias personas residentes que habían ido a hacerse una prueba diagnóstica, sin que esto se les comunicara. Se perdió el paradero de estas personas, lo que ocasionó una fuerte inquietud en las familias y enojo contra la residencia pensando que les ocultaban información.

La emisión y puesta en práctica de protocolos limitantes al acceso hospitalario ha acentuado las brechas de desigualdad que soportan las personas residentes en dos sentidos. Por un lado, han puesto en cuestión el derecho a la salud de quienes no disponían de seguros privados[33]. Por otro lado, han sembrado dudas sobre la "posible existencia de prácticas de discriminación por edad" (DEL PINO *et al.*, 2020: 88). Todo ello no hace sino confirmar prácticas de clasismo y edadismo instaladas en la sociedad que se han visto reforzadas.

Viñeta 4.2. Impacto de los fallecimientos (María José)

María José (C234) perdió más de diez kilos desde junio del 2020. La entrevistamos en su casa porque apenas tenía fuerzas para salir a la calle. Estaba de baja desde hacía unos meses, cuando comenzó a perder peso de manera preocupante. Le hicieron pruebas y parecía estar todo en orden, pero su peso seguía bajando. El médico de cabecera le recetó antidepresivos. No los tomaba. No entiendía por qué le habían mandado esta medicación si ella se "encontraba bien", decía no estar especialmente triste y tenía ganas de recuperar los kilos, las fuerzas y volver a un trabajo que le gusta. Llevaba dieciséis años trabajando como limpiadora en una residencia de mayores que, durante la primera ola de la pandemia, certificó más de cien fallecimientos. Más de cien de "sus abuelos" a los que lloraron mucho todas las trabajadoras, impotentes, frustradas y enfadadas al verlos enfermar y no poder derivarlos al hospital. Y entonces, eso: "son personas que te quedan ahí, muy… impresas, ¿sabes?".

Sentada en el sillón de su casa, vestida por completo de negro, delgadísima y débil, rememora sin apenas darse cuenta un momento decisivo, cuando un día bajó a por productos de limpieza al garaje de la residencia y encontró los cadáveres de varios residentes y un montón de cajas con sus enseres dentro. "Yo creo que después del día que vi los fallecidos en… en el… aparcamiento, porque no había otro sitio… Se los llevaron enseguida, ¿eh? (…) no fue tenerlos allí mucho tiempo… Pero es de las cosas peores, ver… todo lo que allí había en el aparcamiento, que eran enseres de las personas que habían fallecido. Y tú ibas y conocías las cosas [se emociona]. Porque de limpiar".

En la morgue de la residencia, explica, solo había capacidad para tres personas, así que los días que había seis o incluso nueve fallecimientos, había que acondicionar otros espacios. Y así los cuerpos y las cajas fueron a parar a un garaje, desbordada la residencia como estaba de enfermedad y muerte sin ninguna ayuda externa. "Conoces sus cosas de limpiarlas", explica entre lágrimas, "y luego las ves en cajas allí y a ellos". Se emociona y confiesa, sorprendida, haber borrado inconscientemente esa escena de su cabeza. Pero cuando termina la entrevista se descompone al volver a recordarla. Estará así durante días, rememorándola a todas horas, como en una repetición catártica.

Llamó por teléfono dos semanas después para decirnos que, a raíz de nuestra conversación, estuvo días llorando, extrañamente aliviada. Quizá sí que necesitaba antidepresivos, comenta, quizá lo terrible de esta experiencia en la residencia caló mucho más hondo de lo que el ritmo de trabajo le permitió apreciar. Y ha engordado dos kilos desde la entrevista, subrayó contenta. Fue un antes y un después de poder hablar, recordar, llorarles… dijo. Y así

[33] Juan José García Ferrer, representante de la patronal del Tercer Sector de Acción Social, en su comparecencia ante la Comisión Covid-19 Asamblea de Madrid, del 18 de diciembre admite que las ambulancias sí llegaban a centros privados: "hemos tenido conocimiento de residencias del sector lucrativo, que además son aseguradoras, en donde, efectivamente... [no había limitaciones]" (*Diario de Sesiones de la Asamblea de Madrid*, 18 de diciembre de 2020, p. 20279).

se despidió al teléfono, agradeciendo la entrevista por haber sacado a la luz sus recuerdos, como los cuerpos de los ancianos en el garaje, en busca de reparación y memoria.

4.3.2.2. LOS FALLECIMIENTOS EN LAS RESIDENCIAS: DOLOR, FRUSTRACIÓN E IMPOTENCIA

Una de las cuestiones que más controversia ha suscitado durante la primera fase de la pandemia ha sido la de los fallecimientos en las residencias. No poder derivar a las personas residentes con afecciones graves a los hospitales ha causado que muchas de ellas murieran en los centros residenciales. A esto se le ha sumado el hecho de que, en el contexto generalizado de alta mortalidad, las funerarias no pudieran hacer frente a la masiva demanda, como sucedió en Madrid, además de que, por temor al contagio, no quisieran mover los cadáveres de personas sospechosas de haber contraído la enfermedad. El número de fallecimientos en muchos centros sobrepasó con creces el de años anteriores y cualquier previsión posible. Más allá de las cifras, los decesos fueron un drama, una desgracia para el personal de las residencias que había convivido durante años con quienes desaparecían de un día para otro sin poder remediarlo. Una tragedia para residentes y familias que no podían entender la rapidez con la que se producían los fallecimientos y que además carecían de información sobre lo que estaba sucediendo. Las residencias no están preparadas para dar respuesta a situaciones excepcionales y los cadáveres se convirtieron en un problema añadido. Un problema con el que tuvieron que lidiar las responsables y el personal de los centros. Un problema que se mediatizó y que contribuyó a empeorar la ya de por sí dañada imagen de las residencias. Un problema del que se responsabilizó a los centros: a las entidades que gestionan y a las personas que dirigen y trabajan en las residencias. Estudios llevados a cabo en los momentos más álgidos de la pandemia, como de Pino et al. (2020), dan cuenta de las acusaciones vertidas contra los centros y de las aclaraciones ofrecidas por las residencias:

> La aparición en los medios de noticias acerca de cadáveres no retirados de las habitaciones durante horas en presencia de sus compañeros de cuarto, o sobre la falta de información de las familias acerca de dónde se encontraba el cuerpo de sus parientes fallecidos, se tradujo en acusaciones explícitas hacia las residencias cuando, como estas aclaran, eran las empresas funerarias las responsables de manipular los cuerpos y trasladarlos al tanatorio. (DEL PINO *et. al.*, 2020: 96).

Personas que ocupan cargos de responsabilidad en la gestión de centros residenciales, directoras y trabajadoras que hemos entrevistado, se manifiestan en la misma línea. Describen con frustración e impotencia el duro escenario al que tuvieron que enfrentarse. Lamentan no haber podido dar una respuesta más humanizada y eficiente a un problema que ha sobrepasado cualquier expectativa y que ha excedido con creces su capacidad de actuación. La frustración y la impotencia se han visto agravadas, además, como se señala anteriormente, por las acusaciones recibidas por parte de los medios de comunicación. Abordaremos con mayor detalle el tratamiento de los medios en un apartado posterior; en el presente, queremos exponer el relato de las personas que han vivido la situación en primera persona. Una de ellas, Jose Mª del Toro, presidente de la Asociación Empresarial de Residencias y Servicios a Personas Dependientes de la Comunitat Valenciana (AERTE) y secretario general de CEAPs, explica con tristeza y sin ocultar la crudeza y gravedad de la situación, cómo y porqué las funerarias no se hacían cargo de los cadáveres y estos tenían que permanecer en las residencias:

> Y después, ni las funerarias iban a los centros a recoger estos cadáveres. Es que claro, dice: 'ha llegado la UME [Unidad Militar de Emergencia]', que dijo la ministra en su momento, y 'se ha encontrado gente muerta'. Pues claro. Si no viene el hospital, no se los pueden llevar, y si

> la funeraria no viene ¿qué hacemos con los cadáveres?, ¿los escondemos en un armario? Pues estaban en su cama, con las ventanas abiertas. O sea, lo más triste del mundo. Pero es que nosotros no hemos podido hacer más. Es que no ha venido nadie. Es que no ha venido la funeraria. Es que la funeraria no quería tocar los cadáveres porque no sabía si tenían covid o no. Como no le habían hecho prueba, no lo sabíamos, y como no lo sabíamos, no querían tocarlo. Porque decían: 'garantizas que eso no tiene covid o yo no lo cojo', porque además el protocolo es distinto si tienes covid u otro. Esa ha sido la realidad que nos hemos encontrado en las residencias. (José Mª Toro, C198)

Rodrigo, director de comunicación de un grupo gestor de residencias, se expresa en los mismos términos. Narra que los centros gestionados por la entidad en la que trabaja pudieron hacer frente a la situación porque cuentan con las infraestructuras adecuadas, pero admite que la realidad de muchos centros es otra. Señala la carga del estigma social que ha pesado sobre las residencias y considera que han sido un "blanco fácil" para los medios de comunicación:

> Teníamos muertos en las residencias, ¿Por qué? ¡Porque no venían a recogerlos, porque no venían a recogerlos! Y los centros como los nuestros, que tenemos la suerte de tener túmulo, con su temperatura condicionada y demás, pues hemos podido hacer uso de esos túmulos, pero es que muchas residencias, ¡que no tienen eso! Y al final no podían llevar a los mayores a otro lado, los dejaban en su habitación hasta que venía la funeraria. Entonces, ese estigma social nos ha pesado mucho, nos ha pesado mucho porque al final hemos sido el blanco fácil para los medios de comunicación, todo el día hablando de los muertos en las residencias. (Rodrigo, C 171)

La residencia donde trabaja Ana, terapeuta ocupacional, es una de las que no contaba con las infraestructuras suficientes para dar respuesta al exceso de fallecimientos. Su relato ofrece datos que ayudan a entender y contextualizar la situación. Ana admite la dureza de lo vivido y lamenta las acusaciones recibidas por parte de la opinión pública:

> [Los cadáveres] No se acumulan, es que no les voy a dejar en la habitación con un muerto. ¿Dónde los dejábamos? ¿Dónde? Es que no hay. Las residencias no están preparadas para que se te mueran 20 personas diarias u 8 personas diarias. Tienes un mortuorio con 3 plazas, pero el día que morían 8, ¿dónde metes a los otros 5? Eso ha sido muy duro. Y claro, que te digan que amontonas. Pues no, es que por desgracia se iban 8 personas diarias en la época fuerte de pandemia. Entonces no es que les dejaras. Todo esto sin familia, sin que vinieran. (Ana, C289)

Las personas que conocen de cerca el día a día de las residencias denuncian no solo el trato manido y las acusaciones recibidas por parte de los medios de comunicación, sino también el tratamiento de los fallecimientos por parte de las Administraciones públicas. La excesiva burocratización de los procedimientos de seguimiento de la pandemia, en los que profundizaremos más adelante, tiene como consecuencia indirecta una tendencia a prestar especial atención a la contabilización. Enumerar las muertes se convierte prácticamente en la única forma de evaluar la evolución de la pandemia. Como contrapunto, se deshumaniza y se tiende a cosificar: las muertes se reducen a meros datos. Se desdibuja el daño que causan. Desde su experiencia como directora, Concha apela a la distinción entre los fallecimientos por covid y los motivados por otras causas y pregunta de forma retórica por la importancia de estos últimos. Los interrogantes que lanza al aire dejan clara su postura que denuncia la deshumanización:

> O sea, ¿cuántos se han muerto de covid? Había que rellenar todos los días una hoja. Y digo ¿y los que no se han muerto de covid, no importa? (…) Se seguía muriendo gente, sin covid, pero bueno, esos no contaban. Yo ya, al final, era como ¿y qué pasa con el resto? No importan, ¿sus muertes no cuentan, son menos importantes? Este no se ha muerto de covid pero el proceso de sacarle del centro es el mismo y su familia tampoco va a poder hacer un entierro. Entonces ¿qué pasa con el resto? A mí eso, me ha quedado como pendiente. Me da la impresión de que solo nos importan los de covid, ¡ya está, son datos! (Concha, C252)

La muerte es un acontecimiento doloroso, en cualquier circunstancia. Hacer frente a ella con unos recursos materiales, humanos y emocionales a todas luces insuficientes, no ha hecho sino agravar el dolor, tanto de quienes se han visto privados de una muerte digna y de sus familiares, como de quienes han tenido que lidiar con ella.

4.3.2.3. UNA ATENCIÓN INTEGRAL SOCIAL Y SANITARIA PUEDE SALVAR VIDAS

La descoordinación también ha tenido sus excepciones, es el caso de los centros que dirigen Ramona (C196) y Argiñe (C335). El primero es una de las diecisiete residencias catalanas de titularidad y gestión pública en las que se ha aplicado al pie de la letra y con gran inversión en recursos materiales y humanos necesarios, el Modelo de Atención Integrada a las personas que viven en centros residenciales para gente mayor[34], promovido por la Generalitat. El segundo es también uno de los pocos del contexto vasco con titularidad y gestión pública que está desarrollando el modelo de ACP, también con gran inversión en recursos materiales y humanos. Sus relatos distan mucho de la práctica totalidad de las narraciones de las directoras, gerentes y responsables entrevistadas:

> Nosotros en el año 2014 empezamos a trabajar una coordinación integral... tanto con la atención primaria del CAP [Centro de Atención Primaria de salud], como con la UFAC [Unidad Funcional de Atención a la Complejidad], así como todo el tema de la cronicidad del territorio con el PADES [Programa de Atención Domiciliaria y Equipos de Soporte]… Hemos enfrentado esta situación tan terrible con una coordinación muy grande a nivel territorial y con un servicio telefónico de *Call Center* de coordinación directa 24h con los servicios sanitarios. (Ramona, C196*)

> Nosotros hemos estado muy acompañados por la diputación (…). Nos convocaban a veces con reuniones virtuales, bueno, otras veces por teléfono, pero siempre virtual desde esto [la pandemia]. Y ahí siempre nos han apoyado mucho y hemos aprendido mucho, te quiero decir que ha sido muy complicado también para diputación. (Argiñe, C335)

Precisamente, en ambos centros, pese a la adversidad extrema provocada por la pandemia, el número de fallecidos ha sido menor que en años anteriores, lo que abruma incluso a las directoras. Ramona (C196) narra que cada año tiene en su residencia una rotación del 30% (unos 27 o 29 exitus, esto es, fallecimientos). No obstante, a finales de 2020, a pesar del contexto de pandemia, no se había rebasado dicho número de defunciones. Este dato resulta incluso más relevante si atendemos a la descripción del perfil de las personas residentes de su centro: el 61% son pacientes crónicos complejos y el 38 % son pacientes con enfermedad crónica avanzada y con un pronóstico de vida limitado a 24 meses con necesidad de cuidados paliativos. En el centro que dirige Argiñe, la edad media de las personas residentes supera los noventa años, sin embargo, tal como describe, incluso habiendo padecido un brote de covid, el número de fallecidos ha sido menor que el de años anteriores: "con el tema del covid aquí la verdad es que no hemos tenido mucha incidencia, es el año 2020… es el año que menos fallecimientos hemos tenido de toda la historia" (C335). La propia Ramona (C196*) proyecta lo que ha de desarrollarse en el futuro: "No hay vuelta atrás: el Departament de Salut y el de Benestar Social están condenados a ponerse de acuerdo y crear un nuevo escenario de atención porque cuidar es lo esencial y cuidar es crear vínculos".

4.3.3. RESTRICCIÓN DE LA MOVILIDAD Y AISLAMIENTO: "SE VAN A MORIR DE PENA".

Las residencias constituyen el domicilio y el hogar de las personas que viven en ellas, una afirmación que comparten y recalcan las directoras y trabajadoras entrevistadas para esta

[34] Pla Interdepartamental d'Atenció i Interacció Social i Sanitària (PIAISS) (2018).

investigación. Estas profesionales insisten en que los centros son lugares de convivencia a diferencia de los centros sanitarios. Su función principal es la de cuidar, mientras que los centros de salud se ocupan de curar. Por ello, las medidas destinadas a aislar a las personas que viven en ellas, limitar las visitas y restringir las salidas, han sido generalmente criticadas por trabajadoras y directoras. Aunque podían entender la finalidad de las medidas, dudaban de su eficacia y, sobre todo, de lo acertado de aplicarlas, tanto porque vulneraban derechos básicos, como porque resultaban contraproducentes. La directora de una residencia gestionada por una fundación lo expresaba de esta forma:

> Yo me cuestiono personalmente ¿quién soy yo para decirle a este señor que no salga si yo me voy a mi casa y salgo? ¿Por qué?, ¿porque viva aquí? Si esta es su casa, ¿no puede salir? Una institución me dice que no salga y voy yo y le digo que no salga. Otra cosa es cuando había el estado de alarma, no podías salir, ninguno, pero ahora ¿por qué yo puedo salir de mi casa y él no pueda salir si esta es su casa porque vive aquí? ¿Con qué derecho estamos decidiendo sobre las vidas de otros? (Concha, C252)

Adoptar decisiones que implican reclusión ha sido vivido por algunas directoras como un dilema moral. Mostraban incluso cierto sentido de culpabilidad cuando consideraban que habían invadido la capacidad de decisión de las personas residentes, que habían limitado un derecho de ciudadanía que, como tal, corresponde a cada individuo o a los familiares que les tutelan, pero no a imposiciones de terceros. Algunas de estas medidas resultaban, para quienes debían aplicarlas, cuando menos, contradictorias. El director de un grupo de residencias de titularidad y gestión privada lo manifestaba con estas palabras:

> Eso es otra cosa que a mí me ha cabreado mucho. Bueno, en general a todos los que trabajamos en este sector (…). Pues como son los mayores los que más riesgo tienen, la solución que hay que hacer es que todas las personas mayores se encierren en sus casas. O se encierren en las residencias. Y entonces que los mayores no salgan de sus casas. Vale, o sea… los que más sufren la enfermedad son a los que más vas a castigar. (Rodrigo, C171)

Las medidas de aislamiento resultaban además arbitrarias cuando se comprobaba que las residencias adoptaban soluciones distintas, y que en algunas de ellas los criterios eran más laxos. Hubo casos paradójicos, durante el verano, en una misma localidad, donde residencias cercanas adoptaron prácticas de movilidad distintas. A veces, esta diferencia se producía incluso dentro del mismo centro, pues las competencias de los recursos ofrecidos (por ejemplo, residencia y pisos tutelados) estaban en manos de diferentes órganos que marcaban pautas y protocolos distintos. Es el caso del centro de titularidad y gestión pública que dirige Argiñe, que engloba una residencia, cuya competencia atañe a la diputación foral, y pisos tutelados, cuya competencia corresponde a la administración municipal: (…) "Tengo a gente que está en la tercera planta [residencia], de diputación, y entonces se encuentra con que te dice con toda tranquilidad '¡Estos de abajo [pisos tutelados] pueden salir y yo no! ¿Qué pasa, por qué hay este doble trato?'" (Argiñe, C335).

Algunas personas entrevistadas señalan que se han priorizado criterios biomédicos frente al bienestar de las personas residentes. En este contexto sale a la luz la tensión entre la seguridad colectiva y el bienestar individual, entre el cuidado seguro y el buen cuidado: "¿dónde está el límite entre salvaguardar la vida y vivirla?" pregunta Ruth (C259) de forma retórica. También se advierte que en algunas residencias "se ha abusado" del miedo al contagio y se ha aislado a las personas residentes incluso sin presentar síntomas y que, por tanto, no estaba prescrito (Argiñe, C335). Además, se considera que las medidas de aislamiento han sido desproporcionadas, como "matar moscas a cañonazos" (Raquel, C034). Se subraya su falta de sensibilidad hacia las personas residentes (Sarai, C238) y "la necesidad de adaptar la comunicación a las particularidades de las personas mayores, explicando de forma clara y con

un lenguaje comprensible las circunstancias y el motivo del asilamiento, así como la prohibición de las visitas" (DEL PINO *et al.*, 2020: 99).

La aplicación de estas medidas ha supuesto aislamiento y soledad para las personas residentes, lo que ha sido uno de los aspectos más subrayados en las entrevistas que hemos realizado a trabajadoras, directoras y otros agentes, y sobre el que incide también el informe de AMNISTÍA INTERNACIONAL (2020). En muchos casos se sostiene que sus consecuencias han sido incluso más graves que las que pudieran surgir por contraer el propio virus: "horribles" y "brutales" (Sarai, C238), "durísimas" (Raquel, C034). "Muchos han fallecido por el covid, pero otros se van a morir de pena", sentencia Paulina (C187). Eduardo Andrade, del PP de Bizkaia, se manifiesta en la misma línea: "Yo se lo he dicho al Diputado una vez en Juntas [Juntas Generales de Bizkaia] 'Yo soy abogado, y hay clientes míos en Nanclares [cárcel de Araba/Álava] que tienen más libertad que los residentes que están ahí'" (C322). Además, se denuncia la falta de protocolos específicos en los casos de personas que padecen demencia. Las directoras han alertado del deterioro cognitivo que han sufrido estos residentes. Juan, enfermero, describe las consecuencias más dramáticas del aislamiento:

> Sé de gente que han estado horas gritando o golpeando la puerta para poder salir. Claro, gente con delirium, síndrome de confusión agudo que da muchas veces cuando una persona simplemente está encerrada y pierde la noción del tiempo y del espacio. Se desorientan, empieza a haber incontinencias, empieza a haber delirios, empieza a haber agresividad, autolesiones, además, no caminan y pierden la capacidad de andar, más caídas, más graves porque tienen menos masa muscular. Quiero decir, a veces tú desencadenas unos síntomas geriátricos que es mucho más mortal que el propio virus. Sin ya contar todo el tema psicológico que ya destrozas a una persona, teniéndola confinada en cuatro metros cuadrados. (Juan, C257)

Las consecuencias negativas del aislamiento de personas con problemas cognitivos, afectan tanto a los residentes como a sus familiares, como señala una directora:

> El confinamiento les ha hecho mucha mella. Un alzhéimer que de repente no ve a un familiar, ya no recuerda. Y cuando abrimos las puertas a las familias, las familias lloraban profundamente porque su mayor me reconocía a mí y a ella no. Esto es irrecuperable. (Telma, C213)

Con las restricciones, en algunas residencias se ha evidenciado que los avances realizados hacia un modelo de ACP se han paralizado o, incluso, han retrocedido (Ignasi, C269). La centralidad de la visión biomédica del bienestar ha imposibilitado el desarrollo de la dimensión relacional y emocional del cuidado, al tiempo que ha impedido priorizar los hábitos, deseos y, en definitiva, el proyecto vital particular de cada persona residente, que constituyen la esencia de dicho modelo de cuidado. Como matiza Sarai (C238), psicóloga de una residencia con cierta trayectoria en la implantación de la ACP, "la seguridad y la prevención pisa los derechos personales, entonces en ese sentido sí que [el modelo de ACP] se queda totalmente mermado, se queda en pausa".

Si bien han sido muchas las voces que han criticado las medidas en torno a la restricción de la movilidad y el aislamiento, han habido también quien las ha defendido, por considerarlas razonables y comprensibles, al constituirse como la única forma de hacer frente al contagio (Antonia y Mar, C011; Federico y Soraya, C255). Desde este punto de vista, se critica su flexibilización, porque aumenta el riesgo de contagio, pero también, por la mayor carga de trabajo que implican las visitas y las salidas, pues aumenta la necesidad de desinfección y de control (Ramona C196). Y aunque parezca sorprendente, la disminución de visitas no solo ha tenido efectos negativos, sino que, en algunos casos, ha permitido que las personas residentes hayan podido desarrollar mejor sus capacidades y habilidades. Sara (C101*), directora de una residencia gestionada por una entidad del Tercer Sector, se pronuncia en esta línea: "lo que

hace es que (…) podemos trabajar más con los abuelos. Y hemos descubierto cosas de los abuelos que las familias no nos dejaban ver. Y ahora atendemos al abuelo con la necesidad que tiene él, no con la necesidad que tiene la familia".

4.3.4. CAMBIOS EN LAS INFRAESTRUCTURAS: "CONVERTIR LA RESIDENCIA EN TRES MINI RESIDENCIAS"

Las medidas para prevenir la propagación del virus también han afectado a la organización y a las infraestructuras de los centros y han implicado un aumento en la limpieza y desinfección de los mismos. Las estrategias llevadas a cabo han sido diversas: cerrar Centros de Día, pedir a las familias hacerse cargo de la persona residente, prohibición o reducción drástica de salidas y visitas, sectorización de los centros, diseño de circuitos sucio/limpio y utilización de material desechable para algunas de las actividades cotidianas. En algunas comunidades autónomas, además, se crean los conocidos como Centros Covid, donde se centraliza a las personas diagnosticadas. No obstante, en algunos casos, las medidas adoptadas han tenido efectos no previstos. El traslado de personas residentes a diferentes zonas del centro según su estado de salud (Guillermina, C079) o aplicar la sectorización a las personas residentes y no al personal empleado (Vivian, C168) han sido fuente de contagio.

La sectorización implica dividir la residencia en diferentes áreas (por ejemplo, por plantas) para que las personas usuarias y trabajadoras residan, trabajen y circulen en una sola unidad convivencial: "para resumirlo y que lo entiendas fácilmente, es una residencia convertirla en tres mini residencias" (Federico y Soraya, C255). La creación de circuitos sucio/limpio diferenciados por colores (rojo: sucio; verde: limpio), implica separar el tránsito de entrada y de salida de los recursos, materiales y residuos (ropa, comida, etc.) utilizados por residentes con covid. Además, en algunos centros, como en el que dirige Concha (C252), se ha optado por utilizar material desechable en las denominadas "zonas covid" (por ejemplo, vajilla).

Otro de los cambios ha sido la adecuación de zonas para las visitas. Antes de la pandemia, en la mayor parte de los centros las visitas podían acceder a diversas zonas de la residencia (tanto zonas comunes como salas de estar o comedores, así como zonas más privadas como el dormitorio de la persona residente). Como medida de prevención se prohíbe la libre circulación de las visitas por el centro, se habilitan zonas específicas para tal finalidad y se limita el número de visitantes, el tiempo y la frecuencia de las visitas, cuestiones estas últimas en las que ahondaremos en apartados posteriores. Las visitas, además, se han de llevar a cabo en condiciones concretas: respetando la distancia de seguridad, vistiendo mascarilla y con cierta vigilancia por parte de las trabajadoras del centro para que se cumplan las medidas. En ocasiones, esto ha generado malestar entre trabajadoras y directoras, por vulnerar el derecho a la intimidad de residentes y familiares. Tener que mantener la distancia de seguridad y no poder tener contacto físico entre familiares y personas residentes, implica, además, que las visitas se vuelvan más asépticas. Juan, enfermero, explica de forma pormenorizada cómo se llevan a cabo las visitas en el centro en el que trabaja durante la pandemia. Se limitaron a un máximo de una hora por día y se permitieron a un solo familiar. La minuciosidad de su descripción y su valoración sobre la forma en las que se desarrollan las visitas, justifica la extensión de la cita:

> Cuando venían al centro, (…), en la recepción se lavaban las manos y se les daba una mascarilla y luego esperaban en una sala a la que nosotros bajamos al usuario. Al usuario se le ponía mascarilla también y entonces estaban separados por una mesa de un metro cuadrado y, a un metro de la mesa, a cada lado, hay una marca y en esa marca se tenía que poner la persona usuaria y en el otro lado el familiar. Es decir, hay un metro hasta la mesa más el metro de la mesa pues eso, un par de metros y medio de distancia, con mascarilla uno y con mascarilla el otro. Es lo que te digo, es muy estéril, es muy frio, y siempre supervisado

> por alguien del personal porque, no lo justifico, pero lo entiendo, tanto las familias como los ancianos tienen el impulso de tocarse, de abrazarse porque es normal… y luego cuando no se entienden porque no oyen bien, porque la persona mayor no habla bien y a eso le añades una mascarilla y dos metros y medio de distancia y la comunicación a veces es imposible, entonces se acercan más de la cuenta, se quitan la mascarilla para hablar… y les tienes que decir, que no… A mí me recuerda mucho a estas imágenes de las cárceles dónde están sentados alrededor de la mesa y hay un alguacil alrededor dando vueltas, pues se parece muchísimo. (…) hay un personal siempre mirando y es que, además, hay tres mesas, hablan todos a gritos porque no queda más y todos oyen las conversaciones de todos. (…) Entonces, eso es muy frío. Cuando acaba la hora, se les dice que se tienen que marchar, que no pueden besarse y se tienen que despedir con la mano, un adiós en la lejanía y media vuelta y cada uno a su sitio. La persona sale del centro y el mayor vuelve a donde quiera, al salón o dónde estuviera. (Juan, 257)

En la misma línea de Juan se pronuncia el informe del CSIC dirigido por Eloisa DEL PINO (2020: 97), que subraya que ciertas medidas adoptadas por las residencias (como la sectorización, el aislamiento, la prohibición de visitas, y la imposibilidad de las familias de despedirse de sus seres queridos) han "afectado enormemente la humanización de la atención y del cuidado en los centros". La urgencia y la falta de directrices claras, ya mencionadas, han generado situaciones en las que no se han respetado los requisitos mínimos de trato adecuado hacia las personas residentes, lo que ha generado angustia y malestar también entre las trabajadoras, conscientes de que no estaban prestando un *buen cuidado*. Algunos traslados de personas residentes diagnosticadas a los Centros Covid han tenido lugar en estas condiciones. La premura hizo que no se les pudiese explicar la situación con antelación y que se descuidasen las formas en las que se llevó a cabo el traslado, provocándoles desconcierto y desorientación y dañando gravemente la calidad del cuidado, pese al esfuerzo de las trabajadoras por repararlo. La narración de Raquel, auxiliar, resulta muy ilustrativa:

> Ahí, de repente… sí, yo me marché una tarde diciendo que los enfermos, o sea, los contagiados de covid iban a pasar al centro de día, iban a preparar camas y todo. (…) Al día siguiente llegué a la tarde, y habían llevado ya a diez abuelos a [Centro Covid]. O sea, fue así. Los llevaron en un autobús de estos de traslado de Centro de Día. Los llevaron con lo puesto, en una bolsa de basura cuatro cosas: cuatro pañales, dos ropas y nada más. Yo me encontré una planta, cuando llegué, bua, es que se me ponen los pelos de punta, a las auxiliares llorando que habían vuelto de [Centro Covid]. (…) Esa mañana fue como de: '¿Qué está pasando aquí?'. O sea, nos vienen abuelos y es como si descargáramos un cargamento de no sé qué, que coges el carro y estás descargando y lo vamos colocando aquí. (Raquel C034)

Una de las medidas más dramáticas que ha impuesto la pandemia ha sido no poder acompañar a los seres queridos en el final de sus vidas. Directoras y trabajadoras reconocen el sufrimiento de las familias que no podían visitar a sus familiares y que, en algunos casos, han fallecido sin poder despedirse. Frente a tal situación, en algunos centros, las directoras, han contravenido las indicaciones, poniendo de manifiesto su capacidad de agencia y su poder de decisión. Así lo hizo Ramona (C196), por ejemplo, y las medidas adoptadas en su residencia (circuitos específicos, EPI para familiares) fueron tomadas como referencia en Cataluña para que otros centros las aplicaran igual, de manera que, al menos un familiar, pudiera estar junto a quien fallecía. También hubo iniciativas parecidas en otros casos, como admite Concha:

> Nosotros, así, con la boca pequeña, porque no estaba permitido, pero nosotros sí hemos permitido entrar a despedirse. Quiero decir, estaban prohibidas las visitas, pero si nosotros veíamos que alguien estaba en su último momento, pues los familiares que quisieran, de uno en uno les dejábamos entrar. Les poníamos todos los EPIs… bata, máscara, pantalla…. Todo lo que era necesario. Y no hemos dejado que nadie se fuera sin despedirse si quería hacerlo. Porque es que nos parecía deshumanizar. (Concha C252)

Junto a las medidas de prevención adoptadas en torno a la organización y a las infraestructuras de las residencias, se ha aumentado la desinfección y la limpieza en todos los centros. De esta forma, se ha producido en algunos casos una mayor visibilización y un reconocimiento del trabajo del sector de la limpieza, como señala Estibaliz, gobernanta de limpieza (C299): "se nos ha dado un sitio que antes no teníamos". De esta forma, se pone de manifiesto la pertinencia de entender el cuidado de forma integral y de tomar en consideración también las ocupaciones identificadas con el trabajo de limpieza, por considerarlas un cuidado indirecto o precondición del cuidado (Razavi, 2007).

Para la desinfección de los centros, también se recurrió a la ayuda externa de los bomberos y de la Unidad Militar de Emergencia (UME), con percepciones muy contrastadas respecto a su utilidad y manera de actuar. Guillermina, directora de una residencia privada, explica de manera muy gráfica estas dos intervenciones.

> La UME vino y vinieron todos de la calle, con camiones y sus uniformes y los vecinos '¡la UME!', tal cual, eso era como muy bonito. Entraron como 20 personas y en una hora y media pasaron un trapito por todos los pomos, barandillas. (…) Desinfectaron con un líquido que tenía que estar dos horas. Arriba en planta no entraron ni en las habitaciones. Baños, barandillas y pomos. Luego vinieron los bomberos y casi nos matan, porque desinfectaron tan bien que había demasiada concentración… estaban los residentes en planta y claro los teníamos que sacar, llevarlos a un lado… bueno casi nos ahogamos, casi nos morimos. (Guillermina, C079)

La UME fue inicialmente rechazada por el gobierno catalán y el vasco, pero finalmente se desplegó en todo el territorio español y acudió también a las residencias. Hay directoras y gerentes que solicitaron su ayuda, no siempre convencidas, aunque sí presionadas por el desconcierto existente y para que no se les acusase de no haber hecho todo lo posible en la lucha contra el coronavirus[35]. Con todo, predominan las valoraciones críticas de las directoras, bien porque consideran que no aportaron mucho más de lo que habían hecho ya, bien porque contribuyeron a problematizar la imagen de las residencias. Esto último lo señala Telma, directora de una residencia pública de Madrid, quien considera, además, que fue una operación política que afectó a la reputación de las residencias.

> Tu fíjate qué falta de sensatez es la de incorporar al Ejército, como un burro en una cacharrería en las residencias, que además de aterrizar, desde desinfectar no sé el qué, encima fueron contando que en las residencias teníamos los muertos por los suelos. Vamos a ver, primero, no puedes mandar al Ejército si no hay una conexión y una coordinación entre el servicio de la comunidad que conoce el recurso. Segundo, no puedes decir a la ciudadanía que las residencias estábamos dejando los muertos en el suelo, que no es mi caso, eh, nosotros no tuvimos que tener ninguno en el suelo porque los que se me murieron fue en su cama, y estuvieron en su cama hasta 72 horas, eh, pero estuvieron en su cama. Pero, ¿y los centros que tenían las habitaciones compartidas, qué hacían los profesionales?, ¿dónde dejaban a los muertos? Hablamos de muertos que han tardado 5 días en ir a buscarlos. Con una pandemia. No puedes enarbolar que tu Ministerio es el mejor del mundo gracias a la intervención que tú has hecho, a costa de denostar a las residencias, asustar a la ciudadanía y decirles que teníamos a los muertos en el suelo. (Telma, C213)

4.3.5. MEDIDAS DE PROTECCIÓN QUE LLEGARON DEMASIADO TARDE

La tardanza con que, en la mayor parte de residencias, las trabajadoras accedieron a mascarillas y equipos de protección individual (EPIs) incidió negativamente en su salud y en

[35] El rechazo del director de una residencia (David, C054) a la intervención de la UME porque una empresa había hecho ya una desinfección en profundidad, generó malentendidos y acusaciones que tuvieron gran incidencia mediática y ocasionaron la intervención de la residencia por la Generalitat.

la de las personas residentes, pues fue un factor que propició los contagios. En el inicio de la pandemia, dicha falta de protección se debió a dos grandes factores que, a menudo, convergen: la escasez generalizada de este tipo de material, por un lado, y, por otro, la falta de conciencia de la gravedad de la situación. "Fuimos muy inocentes en esta situación, porque nos creímos intocables", nos dice Nerea (C017).

4.3.5.1. LA CARENCIA DE MATERIAL DE PROTECCIÓN

Prácticamente en todos los centros se ha sufrido desprotección por una falta estructural de material, principalmente, al comienzo de la pandemia. No han sido casos aislados, ha sido la tónica general, señalada, además, en informes previos: Médicos Sin Fronteras declara que "[l]as residencias tenían un déficit estructural de recursos y de supervisión sanitaria y ningún plan de contingencia. Esta combinación hizo inviable la respuesta a la epidemia" (2020: 31). Hay excepciones respecto a esta afirmación, pero es cierto que el propio Gobierno español tuvo dificultades para la adquisición de EPIs y mascarillas, centralizó las compras y el material obtenido se iba distribuyendo lentamente y resultaba absolutamente insuficiente para las necesidades requeridas. En Cataluña, por ejemplo, se instó a las direcciones de las residencias a acercarse hasta el municipio de Vilafranca del Penedés para recoger el material que suministraba la Generalitat. Algunas de las personas que entrevistamos narran el esfuerzo que comportó tener que desplazarse en un momento en el que estaban desbordadas de trabajo y la decepción que supuso encontrarse con un material a todas luces escaso. David (C054) describe que el kit era como un botiquín con 2 mascarillas FFP2, 2 batas, algunas mascarillas quirúrgicas y 2 gafas de protección, claramente insuficiente para atender a las más de 160 personas de su residencia. Cinta Pascual (C027), presidenta de CEAPs y de ACRA, al ver el kit que les proporcionaban, consideró que no valía la pena que las directoras de las residencias de su asociación se desplazasen hasta Vilafranca para recogerlo. Joan, director de una residencia pública, describe con ironía sus expectativas antes de ir a recoger el material y su desilusión cuando lo recibió:

> Recuerdo que, a los centros, se nos repartió unos primeros materiales. Y eran absolutamente insuficientes. Unas cajitas que me parece que eran tres o cuatro trajes de EPI y algunas pantallas de protección, poco más. Esto fue la semana anterior a que cerráramos. El jueves antes, lo recuerdo, porque tuvimos que ir a Vilafranca, a un polígono, a buscarlo y fui yo personalmente... (ríe). Me hizo gracia porque primero les dije [a sus colaboradores]: 'seguramente me hace falta un coche más grande'. Y preocupado, a ver si tengo que buscar una furgoneta de alquiler, algo para poner las cajas, el material. Y cuando llego allí con mi coche y me dan la cajita, que parecía la de la Señorita Pepis, digo: '¡anda, ya! Si llego a venir (ríe) con la furgoneta, ¡hubiéramos hecho el ridículo!' Pero bueno, claro, es que era lo poco que había. Se repartió como se pudo. (Joan C201*)

Frente a la ineficacia de la administración pública para suministrar el material de protección, su adquisición ha recaído sobre la voluntad de las directoras y gestoras, así como de las entidades titulares de las residencias. Como señala Ana (C289): "lo que hemos tenido es porque el director se ha pegado y se ha ido directamente a la puerta de los hospitales a pedir material, no porque nos llegara oficialmente". En residencias de Cataluña, viendo lo que sucedía en Madrid, donde la pandemia se inició con más virulencia, hubo empresas que consiguieron comprar por su cuenta materiales de protección, hicieron planes de contingencia y proporcionaron formación a las trabajadoras, tal como nos relatan Antonia (C011) o Guillermina (C079), pero, a su vez, tuvieron que salvar los obstáculos que impedían el acceso a este tipo de material, debido a las indicaciones emanadas por el Gobierno central que quería evitar actuaciones individualizadas y redistribuir material de protección de forma equitativa.

La falta estructural de material de protección se ha resuelto de forma generalizada reutilizando el que tenían o alargando su uso más allá de lo que indican las prescripciones. Las trabajadoras relatan cómo limpiaban las mascarillas por la noche para volver a utilizarlas al día siguiente (Vivian, C168; Jenny, C286, entre otras), cómo utilizaban una mascarilla quirúrgica cuyo uso se limita a cuatro horas, durante ocho días de trabajo (por ejemplo, Raquel C034; Alba C251; Pili y Alicia C232; Jose C050), o cómo utilizaban bolsas de plástico como material de protección (Damián, C001; Raquel, C034; Irati, C070; Rocío, C231, entre otras).

En algunas residencias no se empezó a utilizar material de protección hasta mediados de abril, cuando el virus ya estaba extendido. Se alega como argumento no tener la certeza de contar con personas infectadas en la residencia, al no disponer de pruebas diagnósticas (reacción en cadena de la polimeraza [PCR]) (Carme, C024). Por tanto, a menudo, no ha sido posible conocer con determinación en un plazo breve de tiempo si el personal trabajador o las personas usuarias estaban contagiadas, lo que ha provocado gran incertidumbre. La escasez lleva a sobrevalorar el material, como narra Rocío (C231), auxiliar de limpieza, "la primera mascarilla la firmamos con sangre y nos dijeron que tenía que desintegrarse para que nos dieran otra (se ríen), literalmente" o como señala Concepción (C212), directora: "Nos dieron 25 test de antígenos, que eso era oro, o sea, la doctora, la pobre mía, los guarda con llave, porque eso es oro".

La falta de medidas de protección y los obstáculos para recibir atención sanitaria multiplicaron de forma exponencial el riesgo de contagio y, con ello, la inseguridad, la angustia y el miedo de las trabajadoras, pues para cuando llegaron las medidas de protección, en muchos centros, ya era demasiado tarde para evitar una catástrofe, como relata Jose: "ya cuando llegaron todos los suplementos, los trajes, los guantes, las bolsas, estas plásticas que se ponían encima uno, los zapatitos, las polainas para los pies, todo eso, ya era cuando la mitad de los abuelos se habían muerto ya'" (Jose, C050).

4.3.5.2. INFRAVALORANDO LA PANDEMIA: PROHIBICIÓN DEL USO DE MASCARILLAS

Parte del personal trabajador ha descrito que, al inicio de la pandemia en algunas residencias, se les prohibió utilizar material de protección, fundamentalmente, para no generar alarma y preocupar a las personas residentes. La falta de material se agravó por la voluntad de ocultar la realidad de la pandemia. Por ejemplo, Vivian (C168) narra que en su centro hasta abril no hubo oficialmente personas enfermas por coronavirus, a pesar de que desde marzo habían fallecido una o dos residentes cada noche. El relato de Ana (C289), apunta en la misma dirección: "Nosotros llevábamos ya meses diciendo que la gente tosía, que la gente tenía síntomas y nadie nos hacía caso. Era cuando decían que las mascarillas no hacían falta. Y claro, trabajábamos con los abuelos tosiéndonos encima". Es evidente el riesgo que esto supuso tanto para las trabajadoras como para las personas residentes. Abundan los testimonios al respecto:

> Yo soy correturnos, desde el principio estaba de un módulo a otro y, claro, entrabas en una habitación y no sabía si había infectados, no te dejaban usar mascarilla, te pillaban con una mascarilla y te decían que estabas alarmando. ¡Y es que estamos en estado de alarma! Si no se alarma ahora ¿cuándo se van a alarmar estos abuelos? Era como un sinsentido. (Rocío, C231)

> … al principio había gente que tenía mascarillas, pero no, estaba prohibido. Porque nos decían que asustábamos a los residentes. (Paulina, C187)

> Cuando llegaron los primeros residentes, que salieron de un hospital y volvieron (…) los de las ambulancias les dijeron que tuvieran cuidado, que se protegieran y demás. Mis compañeras hicieron caso a los de la ambulancia y a la responsable del centro (que, en este caso, por la noche, era una enfermera), y se pusieron sus protecciones. Y cuando llegó la directora, pues las montó un pollo de narices, diciéndoles que no se tenían que proteger, que

> les tenía que dar una orden alguien por encima, que no tenían que estar asustando a la gente… (Fernando, C072)

La situación de desamparo y desprotección generalizada en las residencias contrastaba con los medios que exhibió la UME cuando fue a desinfectar los centros y realizaron sesiones de formación. Los siguientes relatos dan cuenta de ello:

> Fue la UME a dar un cursillo, en una ocasión... (…) Apareció a las cuatro de la tarde, creo, e hicieron un vídeo, que luego pululó por las redes sociales, de cómo se ponía el EPI. Nosotros usábamos bolsas de basura en aquel entonces, entonces yo no sé cómo alguien que estuvo allí... (por que yo no estuve), no les dijo: 'perdona ¿y para ponerte y quitarte la bolsa de basura qué tienes que hacer?' porque te estaba enseñando a ponerte un EPI que no habíamos visto en nuestra vida y entonces era como... '¿qué me estás contando? ¿cómo te tienes que quitar el EPI? ¿pero qué EPI? si tenemos una bolsa de basura...' Entonces, es lo único que nos han dicho. (Rocío, C231)

> Ellos llegaban [a la UME] como si fuera una guerra nuclear, los has visto, ¿no? Cómo salen en la tele y cómo salen todo ¿no? y nosotros estábamos con bolsas de basura. Nosotros con mascarillas así, que nos hacíamos de plástico, de carpetas, y ellos llegaban con sus cascos 'venga haced esto vosotros'. (Concepción, C212)

4.3.5.3. COSIENDO MASCARILLAS, TEJIENDO REDES

Debido a la carencia estructural de material de protección y de PCR, en las residencias se desarrollaron estrategias de carácter informal para poder adquirirlo. En algunos centros han sido las direcciones las que los han facilitado, gracias a una inversión económica importante. También ha habido centros en los que se ha hecho uso del stock de material de otros brotes anteriores de enfermedades infeccionas, como, por ejemplo, ébola (Sonia, C057) o gripe A (Estíbaliz, C299). En estos casos, las trabajadoras alaban los esfuerzos llevados a cabo por las direcciones de los centros: "A nosotros no nos faltó material en ningún momento, ni con bolsas de basura, ni no. (…) Nuestra empresa no nos ha dejado solas ni un momento. Mira esa máquina, vale 26000 euros. Esa máquina desinfecta todo posible rastro de covid en una zona" (Estíbaliz, C299).

Las propias trabajadoras también han hecho esfuerzos para conseguir material de protección: han tejido mascarillas de tela (Pili y Alicia, C232), han adquirido gratis mascarillas quirúrgicas caducadas a través de amistades (Alexa, C071), han comprado el material ellas mismas (Alexa, C071), han compartido EPI (Jenny, C86) o han utilizado para protegerse material creado para otros fines (Irati, C070), como se refleja en los siguientes relatos:

> Las trabajadoras con bolsas de basura, entrando a las habitaciones sin gafas y sin nada... Se enteraron que tenían que llevar gafas porque yo se los dije: '¿Pero no os estáis poniendo gafas...?'. 'No'. Pues, tuvimos que llevar las gafas nosotras de casa: gafas de ventisca, gafas de estas de antivirutas de fábricas que realmente no valen, pero bueno, algo harán. Todo ese material lo hemos aportado nosotras. (Irati, C070)

> Yo decía, es que es lógico, vamos a caer todos porque compartimos un mismo EPI porque no tenemos, el EPI que yo tengo puesto en la mañana para hacer la higiene a todos los abuelos que me toque (…). Ese mismo EPI, le pasas un paño con lejía y es el que utiliza mi compañero de la tarde para hacer una jornada de 7 u 8 horas. La mascarilla.... ¡una mascarilla! (Jenny C286)

También la comunidad se ha implicado para ayudar a las residencias, lo que ha resultado crucial en el primer momento de la crisis sanitaria. Como relata Carla (C214), ante el desamparo sufrido por parte de las Administraciones públicas, "la ayuda externa es lo que nos hizo salir adelante, si no, las residencias estaban todas abandonadas" y recuerda la

vivencia concreta de su centro: "Mucha gente voluntaria nos trajo de todo: batas, bolsas de basura... Lo hemos llevado todo de todos los colores y de todas las texturas". Las donaciones no se limitan a material de protección, también se ofrece comida o refuerzos para solicitar ayuda a las instituciones. Por ejemplo, Concepción (C212) relata cómo el alcalde coordinó en el municipio una estrategia de apoyo para que sus habitantes cosiesen batas y desde una ferretería les hiciesen llegar delantales plastificados, al tiempo que él mismo escribía cartas a la Comunidad de Madrid para solicitar la intervención urgente de la UME.

Algunas empresas privadas también realizaron donaciones. Por ejemplo, Sara, Rita y Nabila (C102) aseguran que desde el comienzo de la pandemia contaron con mascarillas *filtering face piece* (FFP2) gracias a la donación de una empresa. Ignasi (C269), Belén (C237) y Rosa (C176), también mencionan donaciones de empresas y de personas anónimas de mascarillas, geles hidroalcohólicos, comida... Son numerosos los ejemplos de esta colaboración de entidades locales, asociaciones, vecinas y empresas, que se sintieron comprometidas con lo que estaba sucediendo en las residencias y contribuyeron en la medida de sus posibilidades.

Tanto directoras como trabajadoras son conscientes de las limitaciones del material donado, por no ser suficiente para cubrir las necesidades de la residencia e, incluso, por no estar homologado (en el caso de las mascarillas de tela, por ejemplo). A pesar de ello, han mostrado su agradecimiento por la respuesta recibida por parte del entorno social. El agradecimiento es un reconocimiento explícito del compromiso que se genera en la aceptación del don (CASADO NEIRA, 2003), a través de la triple dimensión que comporta: dar, recibir y devolver (MAUSS, 1971).

4.4. IMPACTO DE LA COVID EN LAS RESIDENCIAS: PERSPECTIVA DE DIRECTORAS Y GERENTES

En el contexto de pandemia, como parte de sus tareas, las directoras han debido aplicar protocolos y directrices diversos emanados de las Administraciones públicas, adoptar medidas de organización de los centros, gestionar y coordinar la dedicación del personal, así como formar, sostener y reforzar equipos de trabajo. En resumen, han debido hacer frente a las necesidades y demandas que iban surgiendo en el día a día de las residencias, han vivido experiencias traumáticas y han soportado condiciones de trabajo que sobrepasan lo pactado en las normas laborales. Describen estas circunstancias con un sentimiento de angustia, como algo espantoso, horrible, horroroso: "eran pérdidas humanas" (Concepción, C212), recuerdan. "Hemos llorado lo que no está escrito" (Antonia, C011*). El desamparo, la impotencia y el abandono que manifiestan haber sufrido remiten además a las responsabilidades de las Administraciones públicas y al compromiso de la sociedad con las personas mayores institucionalizadas.

En las páginas siguientes nos centramos en la labor desempeñada por el grupo directivo (directoras y gerentes), atendiendo tanto a su responsabilidad de gestión como a su condición de trabajadoras/es. En primer lugar, se relata lo que implicó asumir cuidados sanitarios en unos centros que no están preparados para ello, el trabajo organizativo desplegado para adaptarse a los cambios originados por la pandemia y la labor de gestión del personal disponible. En segundo lugar, se trata la actividad desempeñada por directoras y gerentes en este tiempo en tanto que trabajadoras/es que realizan funciones más allá de lo que las normas laborales les atribuyen. Finalmente, se aborda la compleja relación con los familiares de las personas residentes.

4.4.1. LIDIAR CON EL CORONAVIRUS: UNA RESIDENCIA NO ES UN HOSPITAL

El acceso a la atención sanitaria de las personas residentes contagiadas (y de las que sufrieron afecciones diversas) fue la principal preocupación de las directoras en los inicios de la pandemia. El personal médico y de enfermería de los centros se contagió fácilmente y, tal como hemos explicado en el apartado anterior, hubo serias dificultades para que las personas residentes fueran atendidas desde servicios sanitarios y, en muchos casos, se limitó el acceso a hospitales. El colapso del sistema sanitario comportó para las residencias un verdadero problema y una gran responsabilidad, al tener que asumir una asistencia hacia las personas que enfermaban sin tener preparación, sin contar con medios adecuados, sin medidas de protección y con menos personal del habitual. Ante esta situación, algunas residencias recurrieron a Médicos Sin Fronteras para que el personal adquiriera formación en situaciones de crisis.

La dificultad del contexto provocó estrés, desvelo y desasosiego entre las y los responsables de las residencias. En muchos casos, puso a prueba su resistencia física y psicológica. Las dificultades para escapar a las limitaciones impuestas para atender a las personas enfermas provocaron indignación. Concretamente, la directora de una residencia privada madrileña, levantó su voz para rechazar una norma que consideraba injusta, que le imposibilitaba realizar su trabajo de forma correcta y que ponía en cuestión el derecho a la salud de las personas residentes. La directora citada, que compareció en la Comisión Covid-19 de la Asamblea de Madrid, expresó su oposición y su malestar mediante un correo electrónico que dirigió en abril de 2020 a las autoridades sanitarias. La extensión de la cita se justifica por su contenido:

> Llevo semanas viendo cómo los residentes morían en nuestro centro sin atención hospitalaria, sin los medicamentos específicos para coronavirus porque había desabastecimiento, sin derivaciones a hospitales porque estaban colapsados. Entiendo la situación en este momento, pero ahora no; no la entiendo ni quiero quedarme viendo cómo tengo residentes positivos, gente todavía sin prueba y con sintomatología respiratoria, que voy a seguir viendo morir. Me niego, lo siento, viendo cómo las urgencias del HUFA[36] están vacías y camas suficientes para atender a personas, y yo lo que tengo aquí son personas, mayores pero personas, y no se merecen morir en una residencia sin la atención que se merecen, ya no hay nada que justifique que cada una de las personas que siguen aquí reciba la atención que necesita. Si no se toman medidas ya, voy a tomar otras medidas; si tengo que llamar a las familias para que vengan en sus coches y cojan a su familiar y se presenten en el hospital, lo voy a hacer. Os voy a mandar un listado de personas que en este momento deben recibir atención hospitalaria, si en un tiempo razonable a lo largo del día de hoy no vienen ambulancias a buscar a mis residentes, empiezo a llamar a las familias. No me parece bien que el hospital me diga que suba dosis de tranquilizantes y sujete para poner un oxígeno, y me den un tratamiento en pastillas para gente que no come; esto es sentenciar de muerte a la gente y no lo pienso permitir. No es normal que exista tratamiento intravenoso y nos den pastillas, con gente con disfagia, que no come, sabiendo que ese tratamiento es tirado, porque es imposible darlo. Os voy a dar un listado de todos aquellos que precisan atención hospitalaria en este momento[37].

Cumplir con este tipo de indicaciones excedía las funciones de directoras y gerentes. Entre sus responsabilidades no se encuentra la de proporcionar servicios sanitarios a personas enfermas ni la responsabilidad de curar. Lo afirman de distintos modos: "nosotros somos una residencia, no somos un hospital, y no tenemos los medios para poder curar; tenemos para

[36] HUFA: Hospital Universitario Fundación de Alcorcón (titularidad pública y gestión privada).

[37] La diputada del Grupo Parlamentario Unidas Podemos-Izquierda Unida-Madrid en Pie, Paloma García Villa, es quien relata esta cita en la Comisión Covid-19 de la Asamblea de Madrid. Hace referencia a un correo electrónico enviado por la directora de la Residencia Amavir de Alcorcón, Madrid, Lidia Sánchez Rodríguez, a las autoridades de la Comunidad el día 9 de abril de 2020 (*Diario de Sesiones de la Asamblea de Madrid*, 13 de noviembre de 2020, p. 17501).

cuidar, que es para lo que estamos"[38]. "Por cierto, no es sociosanitario; por favor, se lo ruego, señorías, no tenemos nada que ver con Sanidad, somos sociales, ni más ni menos"[39]. Se atribuyó a las residencias una responsabilidad de carácter sanitario que no tenían y que se añadió a la excepcionalidad de todas las tareas que tuvieron que abordar: "No es que no supiéramos gestionar, es que nos ha tocado hacer un trabajo para el que no estábamos preparados." (David, C054*).

Además, como se ha señalado anteriormente, directoras y gerentes tuvieron que afrontar diversos protocolos de contenido ambiguo y contradictorio[40], tanto durante la primera ola de la pandemia como durante la segunda: "llegaban protocolos un poco como pollo sin cabeza, un poquito así, entiéndeme, que ellos son técnicos… y lo harían todo lo bien que pudieran…" (Concepción, C212). Ante la confusión y las contradicciones, las directoras se sentían indefensas, ya que hicieran lo que hicieran se les atribuiría la culpa de los resultados si estos no eran los esperados. Carme (C024) señala que, ante dilemas concretos, desde el CAP les decían que como directoras del centro podían tomar decisiones y que no les consultaran tanto, pero, en cambio, los agentes de Salud Pública les corregían o indicaban de forma tajante lo que debían hacer, con el agravante de que tras una instrucción, venía la contraria. Las directrices parecieron algo más ajustadas cuando la presión de los contagios se redujo tras el primer estado de alarma. Sin embargo, las pautas dictadas seguían teniendo imprecisiones e incoherencias como, por ejemplo, después del verano, cuando indicaban el sistema de aplicación de test, como señala una directora:

> Es sencillo; pero no, ellos abren un batiburrillo que dice, que si el centro tiene antígenos hay que hacer una serie de requisitos. Que si el centro no tiene enfermera, pero tiene antígenos, hay que hacer otros. Pero si el centro tiene enfermera, pero no tiene antígenos, hay que hacer otros. ¡Venga va, esto es de locos! (Telma, C213).

4.4.2. ORGANIZAR LOS CAMBIOS ESPACIALES Y FUNCIONALES DE LOS CENTROS

Las directoras han tenido que enfrentarse durante la pandemia a la reorganización de los centros, que debían adaptarse a una realidad inédita. Por un lado, la distribución espacial de las residencias, así como su organización temporal y funcional, tuvieron que cambiarse para adaptarlas a las necesidades surgidas. Con tal finalidad, manejaron los recursos materiales y personales disponibles. Por otro lado, las carencias en la dotación de personal, las ratios insuficientes, la inestable composición de las plantillas, junto con las circunstancias sobrevenidas por los contagios, han sumado obstáculos a la hora de coordinar esfuerzos y asignar tareas para atender las necesidades y las demandas urgentes que se fueron acumulando sobre todo en los primeros meses de pandemia.

La conformación de equipos técnicos fue una de las primeras medidas para abordar la ingente tarea que se vino encima, con la dificultad de contar con menos personal del habitual debido a los contagios entre las trabajadoras y de tener que aplicar unos protocolos que, como hemos explicado, eran cambiantes y contradictorios. Se tuvo que sectorizar los espacios residenciales, cambiar de habitación a las personas residentes, reorganizar el personal disponible, cambiar los turnos y horarios de trabajo. A ello se añade la dificultad para conseguir atención sanitaria, la necesidad de informar a las familias, angustiadas por la situación de las personas residentes, más la tarea de rellenar cotidianamente formularios informativos. Era una situación

[38] Lidia Sánchez Rodríguez (*Diario de Sesiones de la Asamblea de Madrid*, 13 de noviembre de 2020, p. 17503).

[39] Ignacio Fernández-Cid Plañiol, presidente de la Federación Empresarial de la Dependencia (FED) (*Diario de Sesiones de la Asamblea de Madrid*, 9 de octubre de 2020, p. 14742).

[40] Protocolos que generaban "caos e incertidumbre" que se expresa por igual por todo el personal de las residencias, tanto directores/as como trabajadores/as (DEL PINO *et al.*, 2020: 55).

desbordante que requirió capacidad de liderazgo y esfuerzos titánicos. Todo ello, como ya se ha señalado, siendo el punto de mira de los medios de comunicación y soportando la incomprensión de la sociedad que aplaudía al personal sanitario e ignoraba lo que se estaba haciendo en las residencias.

La recomendación de aislar, en los propios centros, a las personas contagiadas, o sospechosas de estarlo, obligó a cambiar de manera sustancial la organización espacial y funcional de las residencias: "en ese momento tuvimos que darle la vuelta a la residencia, hacer una residencia de cero" (Beatriz, C237). Por un lado, era necesario separar a personas contagiadas, o sospechosas de poderlo estar, colocar a las demás en habitaciones distintas, redistribuir los espacios, deshabilitar zonas comunes de encuentro y restauración para darles nuevos usos, entre otros. Por otro, la suspensión de actividades en los centros, así como el cese en la prestación de servicios externos, es decir, la "reducción de la vida social" dentro y fuera de las residencias (DEL PINO, *et al.*, 2020: 94) obligó a adecuar los recursos materiales y humanos disponibles a la nueva situación de aislamiento. Así explican las directoras las tareas desplegadas:

> Tuvimos que cambiar absolutamente todo, todo. Porque bueno, cuando empezó la pandemia…, todos los residentes tenían que quedarse en sus habitaciones, aislados. Con lo cual, imagínate lo que es trabajar de forma individualizada, con cada uno de los residentes. O sea, es que hubo que comprar a nivel de recursos… ya no mesas de cuatro, hubo que comprar mesas individuales para cada una de las habitaciones. Hubo que comprar butacas individuales para cada una de las habitaciones. O sea, tuvimos que redistribuir todas las funciones de todo el personal. Auxiliares, limpieza, se limpia cuando los residentes están abajo, teníamos que ir organizando las limpiezas para no limpiar con el residente dentro de la habitación… las funciones terapéuticas por recursos se limitaron a que el mayor estuviera aseado, que hubiera comido y que estuviera cuidado. Entonces, en esos grupos, tenían que ser individuales. Se tuvieron que suspender todas las actividades. Y los técnicos entraron a sumar como un auxiliar más. O sea, sin llegar a cambiar pañales ni a duchar ni nada, pero a dar comida, sí. O sea, todo el mundo teníamos que hacer de todo, porque no nos daban las manos. (Beatriz, C237)
>
> Empezamos a mover en un fin de semana 80 y pico de personas de unas plantas a otras. Pero claro, la gente no entiende que una residencia no es un hospital, en que la gente va con cuatro cosas. No. Aquí lo tienen todo. ¡La movida era cogerlo todo, calendarios, juguetes, cosas personales, sacarlo, limpiar la habitación, desinfectar la habitación, dejarla ventilar! (Ramona, C196*)

No cabe duda de que los cambios organizativos en los centros alteraron la vida cotidiana y las rutinas de las personas residentes y truncaron su convivencia. Los comedores colectivos pasaron a tener otros usos y la comida se tuvo que administrar en cada habitación; los cuartos pasaron a ser individuales; se suprimieron las visitas de familiares y amistades. Las decisiones en este sentido no estaban exentas de tensión y preocupación:

> … por decisión propia, el 19 de marzo aíslo a todos los residentes en habitaciones, algo por lo que, al principio, cuando se lo comuniqué a las familias, se me echaron encima, porque era como: '¡estás loca!, ¡se me van a morir en la habitación...!' Era como..., ¡claro!, obviamente, nadie preveía lo que venía; luego, la gente me lo agradeció en su momento, pero, cuando lo mandé era como una locura lo que yo estaba haciendo de aislar a la gente directamente en habitaciones. (Lidia Sánchez Rodríguez[41])
>
> Tengo muchísimos abuelos con mucha demencia. Entonces claro, ellos no entendían nada ¿sabes? Ellos, imagínate estos abuelos que son deambulantes, no sé si conoces ese tipo de

[41] Comparecencia en la Comisión Covid-19 de la Asamblea de Madrid (*Diario de Sesiones de la Asamblea de Madrid*, 13 de noviembre de 2020, pp. 17509-10).

> pacientes, pues que están fatal, no pueden dormir, hemos tenido que poner un equipo muy grande, pero su cuerpo está bien, es decir, tienen que andar, no pueden parar, tienen incluso enfermedad motora… Entonces, esa gente meterla en una habitación, eso era horroroso. (Concepción, C212)

Por tanto, la toma de decisiones necesaria para la adaptación organizativa de los centros no ha sido fácil para las directoras. Estas se interrogaban sobre la conveniencia de disponer los cambios aconsejados, como en el caso de separar a dos personas que compartían habitación desde años atrás, lo que significaba romper los vínculos afectivos y sociales que les unían. Se preguntaban también sobre el ejercicio de funciones que seguramente no les correspondían, como, por ejemplo, limitar la movilidad y las visitas de las familias, porque, como decían, las personas mayores, como las jóvenes, son dueñas de sus propias vidas. En cualquiera de los casos, se hallaban ante la disyuntiva de optar por una postura tolerante y aperturista, "abrir los abrazos" en palabras de una directora[42], lo que significaba abrirse también al riesgo de contagio, o tomar una actitud más previsora, que implicaba aislar a las personas, privarles de relaciones familiares y, en muchos casos, incrementar su soledad y agravar su ya de por sí débil estado de salud. Cualquiera de las opciones conllevaba efectos, consecuencias no deseadas, para los y las residentes. Además, estaban sometidas a la aceptación o el desacuerdo de las familias.

A todo el desenfreno de la actividad cotidiana, y las dificultades que experimentaban en la toma de decisiones, había que añadir la petición reiterada de informes por parte de las autoridades sanitarias, solicitando datos sobre el estado de las residencias prácticamente a diario. Las directoras se han quejado en las entrevistas de tener que soportar un exceso de trabajo burocrático cuando lo que necesitaban era tiempo para ocuparse de cuestiones urgentes:

> Y luego que tenemos que estar trabajando para todos los informes e informitos que se les ocurren, un día sí y otro también. Y tienes que enviarlos de lunes a domingo, sea festivo, sea Nochebuena, sea Navidad, sea Año Nuevo y así llevamos desde abril, Semana Santa incluido. Eso es patético y lamentable para que luego encima te demuestren que no se los leen. (Fernando y Soraya, C255)

> (…) hoy recibiré dentro de un rato una llamada diciendo que tenía que rellenar los datos antes de las 12h y no los he rellenado. No importa si tienes mapeo, si tienes otra cosa, si estás reunida… pero a las 12h tienes que haber rellenado los datos. (Concha, 252)

A medida que se dispuso de tests PCR y fue posible separar y distribuir a las personas en función de si estaban contagiadas, se produjo un salto cualitativo en la eficacia de la gestión, pues era posible controlar y prevenir el riesgo de contagio entre residentes y trabajadoras/es, aunque paralelamente, en ocasiones, complejizara la labor de las directoras:

> Y según íbamos desescalando… Ya no podíamos meter grupos de veinte, teníamos que meter grupos de seis. Entonces, a ver cómo lo hacíamos, que a cada persona le tocara, no perdiera sesiones de fisioterapia, por ejemplo. Y no dejara de caminar, antes le tocaba todos los días, pero ahora le tenía que tocar… al ser grupos más reducidos, menos veces. Entonces, eso fue pues un encaje de bolillos. Ha sido un encaje todo este tiempo. (Beatriz, C237)

> … ya empezamos a poner pues las mesas más separadas, también en el comedor. Que, por cierto, lo hemos ampliado y la verdad precisamente nos ha venido de perlas. Porque con la ampliación tienes la posibilidad de respetar los espacios con la necesidad de que se… Y también el centro pues tenemos habitaciones individuales para cada usuario. Pues eso también te permite el aislamiento de personas que han tenido fiebre o por cualquier otra

[42] Lidia Sánchez Rodríguez (*Diario de Sesiones de la Asamblea de Madrid*, 13 de noviembre de 2020, p. 17538).

> circunstancia, automáticamente ya están en sus habitaciones, han estado controlados y atendidos sin necesidad de tener contacto con ningún otro compañero y demás. Eso también nos ha valido para eso. (Alfredo, C062)

Con la disposición de test, se disminuía también la incertidumbre y, con ello, el margen de error sobre las decisiones adoptadas. Además, conforme iba pasando el tiempo, se contaba con materiales de seguridad, lo que disminuía el riesgo de contagio entre el personal y, en consecuencia, las bajas laborales. Con todo ello, se alcanza cierta tranquilidad: "Ahora [a finales de diciembre], pues tenemos una situación… bueno, muchísimo más relajada, más parecida a la normalidad." (Beatriz, C237)

4.4.3. GESTIÓN DEL PERSONAL: ENTRE EL ABSENTISMO Y LA TOTAL DISPONIBILIDAD

La covid ha impactado especialmente entre el personal que atiende a las personas mayores; la urgente demanda ha obligado a las trabajadoras a largas jornadas y a la sobrecarga e intensificación de su actividad, las ha expuesto a la enfermedad, en ocasiones a la separación de sus familias y a trabajar con insuficientes medidas de protección; han sufrido estrés y situaciones de angustia por el contacto continuado con la muerte (BEIJING PLATFORM FOR ACTION, 2020: 67). En este contexto, las directoras han gestionado unos recursos humanos ya mermados de antemano y al límite de sus capacidades.

Las residencias sufrieron numerosas bajas laborales, lo que afectó muy seriamente a las plantillas en un momento en el que se requerían todas las fuerzas. Contagios, cuarentenas, problemas de conciliación, pánico: todo se sumó. Algunas directoras se quejan de que las trabajadoras del sector residencial no tuvieran la misma consideración que las del sector sanitario, y señalan que hubiera sido conveniente hacer PCR a quienes tuvieron contacto con contagiados para poder seguir trabajando en lugar de hacer cuarentenas, que se hacían interminables y sucesivas. También influyó el miedo en algunos casos. El absentismo y el abandono del trabajo guardan relación con las características del empleo en el sector: elevada temporalidad, trabajo a tiempo parcial, jornadas a turnos y bajo salario (CONSEJO ECONÓMICO Y SOCIAL, 2021: 157).

> Hubo gente del personal que también nos pasó que tenía miedo, y se cogía la baja médica, porque no quería venir a trabajar. Otra gente de la organización que jo, a ver, el miedo es libre, yo tampoco quiero juzgar a esas personas, pero al final tú tienes que sacar un servicio y tienes a personas dependientes tuyas. Hubo gente que vamos, se volcó todo y más, te quiero decir. (Argiñe, C335)

En algunas residencias las bajas laborales llegaron a alcanzar, en los peores meses de la pandemia, a la mitad o más de la plantilla. Realizar sustituciones o llevar a cabo nuevas contrataciones no fue tarea fácil. No había trabajadoras disponibles en las bolsas de empleo para prácticamente ninguna de las categorías laborales. La remuneración salarial, que puede actuar como incentivo para compensar la dureza de algunos trabajos, tampoco motivaba en estos casos; porque, como dice Naomi LIGHTMAN (2017: 252), las ocupaciones del cuidado están expuestas a una "penalización salarial" que no soportan otros empleos equivalentes. En algunos centros de titularidad privada la dirección tuvo que acudir a la Administración pública:

> Me imagino que pasaría en más de un centro, es decir, es fundamental tener que sustituir en 48 horas a 13, 14, 15… 13, me parece que fueron, trabajadores en 48 horas. Date cuenta que estás hablando de dos tercios de tu plantilla. De atención directa, poco más, pero del total de la plantilla dos tercios en 48 horas. Eso no hay empresa que lo pueda sostener por mucha bolsa de trabajo que quieras tener porque no es viable. Y luego más en agosto. Nosotros recurrimos a diputación. (Federico y Soraya, C255)

Con todo, la mayor parte de centros optaron por una reestructuración de las plantillas disponibles. Se incorporó el personal de los centros de día y se dieron nuevas funciones a fisioterapeutas o terapeutas ocupacionales que no podían ejercer su actividad. En algunos casos, incluso, se contrató más personal externo para reforzar. La mayor escasez de mano de obra se produjo en las categorías laborales más necesarias: enfermería, personal auxiliar, gerocultoras y limpiadoras. A las dificultades de contratar nuevo personal se añadía la competencia con los servicios sanitarios, que requerían perfiles equivalentes y proporcionaban mejor remuneración

> Y a lo mejor contratábamos y te decía a la semana: 'no, que me voy'. O sí, sí, cosas así. 'Que yo esto no lo puedo soportar', y otra vez volver a empezar. O: 'que me voy al hospital'. Porque luego ha resultado ser, un poco, una guerra…, 'Que me voy al hospital que me pagan más, que me necesitan ahora, que tengo refuerzo.' Ya, pero dejas esto… sí, de un día para otro y te quedabas sin dos menos y tres menos. Entonces, ha sido duro, sí, sí, ha sido duro. (Beatriz, C237)

> Y luego también enfermería, hemos tenido una época más inestable porque se han ido a trabajar a sanidad pública. (Eba, C253)

Las difíciles circunstancias obligaban a aceptar aspirantes que, no teniendo titulación, ni siquiera certificado de profesionalidad, contaran con algún tipo de experiencia[43]. En el caso de las residencias públicas de gestión directa se tuvo que pedir autorización para poderse saltar los mecanismos de contratación. Así lo hizo Ramona (C196*), directora de una residencia catalana, quien reclamó: "Por favor, necesitamos gente con ganas y voluntad, ya la formaremos", y desde la Generalitat la autorizaron a contratar personas que al menos tuvieran estudios mínimos. Esta directora explica su asombro ante el perfil de las personas que acudieron a la convocatoria y valora a su vez el esfuerzo realizado por las trabajadoras del centro:

> Sorpresa. La parte positiva: niñas de 17 años, que venían con sus padres para acompañarlas diciendo que ellas estaban estudiando y que querían trabajar (y me quito el sombrero), y gente de 40 y pico o 50 y pico, que decía no, no, no, no vengo porque tengo miedo. Y la realidad del personal es que el personal que estuvo allí, lo dio todo, pero, todo, anteponiéndolo incluso a sus familias. (Ramona, C196*)

La gestión del personal ha sido uno de los principales quebraderos de cabeza a la hora de organizar los servicios en los centros. En los momentos más críticos, la planificación debía hacerse diariamente. Había que contrarrestar las bajas, paliar los efectos de la rotación de personal, hacer nuevas contrataciones, solucionar la falta de personal y organizar nuevos horarios. Todo ello suponía modificar las condiciones habituales de trabajo y pedir a las trabajadoras flexibilizar tareas, cambiar horarios, ampliar turnos, prolongar jornadas y hacer sustituciones: "Pedimos a alguien que doblase 2 días" (Beatriz, C237); "se ampliaron las jornadas de 7h/día a 12h/día"[44]. Se cambiaron turnos: "El grupo A trabajaba de lunes a domingo, siete días seguidos, y tenía fiesta toda la semana siguiente, y empezaba el grupo B" (Antonia, C011*), lo cual permitía mejor gestión, pues en caso de bajas puntuales, se acudía a una trabajadora del otro grupo que se ocupaba de la misma persona. Son los "horarios covid", en palabras de Cinta Pascual (C027*).

[43] Una resolución de la Secretaría de Estado de Derechos Sociales (BOE, 25 de marzo de 2020) estipulaba que en los centros y servicios de atención a la dependencia, con carácter excepcional, podrían "desempeñar estas funciones personas que, careciendo de titulación, preferentemente, tengan experiencia en cuidado y atención de personas dependientes, debiendo las entidades prestadoras de servicios garantizar la supervisión y formación práctica en el puesto de trabajo para mejorar sus competencias profesionales".

[44] Lidia Sánchez Rodríguez (*Diario de Sesiones de la Asamblea de Madrid*, 13 de noviembre de 2020, p. 17506).

Directoras y gerentes destacan la disponibilidad, la generosidad y la calidad humana de la gran mayoría de las trabajadoras en el desempeño de su actividad. En condiciones excepcionales respondieron afirmativamente cuando se les pidió que alargasen su jornada o que doblasen turnos, o que hicieran tareas que no les correspondían. Hubo trabajadoras que se confinaron en la residencia, para garantizar el cuidado en los momentos más críticos y evitar, al mismo tiempo, preservar la salud de sus familiares (véase Viñeta 4.3). Incluso se ofrecían a trabajar cuando se necesitase y algunas iban voluntariamente los días de descanso para reforzar y ayudar. "Si necesitas que vaya mañana que libro, voy[45]". "Nunca nadie me ha dicho que no a nada", señala Antonia (C011*), alabando además la labor de las limpiadoras, siempre disponibles, y mucho más eficaces y confiables que los bomberos o empresas privadas que contrataron para las tareas de desinfección. Además, se subraya la importancia de la transparencia en la información destinada por parte de las direcciones a las trabajadoras y a las familiares (Sara, C101; Eba, C253; Concha, C252; entre otras) (LÁZARO, *et al.,* 2020).

Asimismo, directoras y gerentes subrayan la importancia de trabajar en equipo. Se sienten orgullosas de formar parte de un grupo que ha respondido satisfactoriamente en situaciones extremas, como las vividas durante la pandemia, y lo señalan como algo positivo a retener:

> Yo creo que para todos los equipos hay un antes y un después. Antes del coronavirus y después del coronavirus. En esta casa para los equipos ha sido muy positivo porque nos ha unido mucho y nos ha dado mucha, mucha capacidad empática, porque llevamos trabajando el modelo de equipo toda la vida. La cocinera es igual de importante que el conductor, que la auxiliar, que el médico. (Telma, C213)

Sin embargo, no siempre ha tenido lugar una colaboración incondicional por parte de las trabajadoras. Como en cualquier otro ámbito laboral, el sector del cuidado remunerado no está al margen de los conflictos laborales. Las directoras también han tenido que hacer frente a esta problemática en momentos críticos:

> Y en mitad de toda esta vorágine tuvimos una denuncia del sindicato [anonimizado], diciendo que no habíamos facilitado a los trabajadores los EPIs que se necesitaban. Y tuvimos un juicio rápido, con lo cual hubo que preparar el juicio… ¡Como no teníamos suficiente!... Yo creo que ha sido una de las cosas más duras y que más ha impactado en el centro. (…) Porque al final… eran unos trabajadores contra otros. (Concha, C252)

La denuncia a la que se refiere esta directora se ganó finalmente en los juzgados, pero no evitó la tensión y el estrés acumulado durante la preparación del juicio y hasta conocer la sentencia. En unas semanas en las que toda dedicación era imprescindible, y no había tiempo para otras tareas, el conflicto añadía preocupación y malestar a directoras y gerentes que, en algunos casos, no dudaron en culpar a los sindicatos promotores de las denuncias de la presión ejercida.

En condiciones tan estresantes como las vividas por todo el personal de los centros, algunas directoras y gerentes organizaron espacios de desahogo y alivio que pudieran servir de válvula de escape de las tensiones, miedos, angustias y situaciones de estrés acumulados por la continuada exposición al contagio, la enfermedad y la muerte. Fue preciso mantener el equilibrio emocional, organizar terapias y formas de relajación, y se contó a veces con la ayuda de personal experto en el manejo de emociones y el duelo (Antonia, C011; Cinta Pascual, C027; Ruth, C259), pero, tal como indica una directora (Telma, C213), se debía responder también con medidas de compensación: días libres, jornadas flexibles, vacaciones, entre otros. En algunas residencias el personal recibió algún tipo de remuneración extraordinaria, aunque no fue una práctica generalizada. La Generalitat proporcionó una paga extraordinaria, pero las

[45] Lidia Sánchez Rodríguez (*Diario de Sesiones de la Asamblea de Madrid*, 13 de noviembre de 2020, p. 17528).

trabajadoras de la limpieza fueron excluidas. Una muestra más de la jerarquización de actividades y las diferencias en reconocimiento.

4.4.4. DIRECTORAS Y GERENTES COMO TRABAJADORAS

Directoras y gerentes son trabajadoras, en el nivel más elevado de la jerarquía laboral. Como responsables de los centros, han tenido que enfrentarse a decisiones complejas que debían supeditar a las lógicas de las empresas o de las instituciones públicas. Han tenido que afrontar las muertes y gestionar el dolor. Han temido por sus familiares y han modificado sus pautas de relación social; han abordado las contradicciones propias de una imposible conciliación. Como trabajadoras también han experimentado dolor, sufrimiento, estrés, desconcierto: "Hemos estado trabajando ciento veinte días seguidos. Pues ahora recogemos los añicos de las personas", dice Ruth (C259), quien tiene un puesto de responsabilidad en una fundación que gestiona varias residencias. Una directora de Madrid murió de un paro cardíaco delante de una de las trabajadoras entrevistadas. Este ha sido un caso límite, pero, en general, han tenido que sobreponerse a las dificultades para seguir trabajando, estar al frente de la situación y animar a las demás trabajadoras:

> La gran suerte es que mi marido y yo trabajamos juntos, pero los dos llorábamos, llorábamos, porque es que no podías, te superaba todo. Yo me sentaba afuera… tenemos [en la residencia] un jardín muy bonito, precioso, genial, y salías afuera y llorabas. Te juntabas con la gente y te decías: 'Va, continúa, ¡necesitan que tu estés fuerte!' Y te decías: '¡tú no puedes caer!', y tira, tira, porque o bien tiraba de los cuatro que quedaban para ir adelante o se derrumbaba todo. Y os estoy hablando y a menudo se me caen las lágrimas, porque ha sido muy duro, terrible. (Ramona, C196*)

Como el resto del personal de plantilla las directoras asumieron trabajo extra y se implicaron personalmente; desempeñaron su trabajo estando incluso en circunstancias personales excepcionales. Realizaron tareas que corresponderían a otros profesionales y superaron los tiempos de dedicación con independencia de las jornadas y periodos de descanso considerados ordinarios. Una directora dio a luz a finales de marzo del año 2020, apenas disfrutó del permiso de maternidad y tampoco pudo proporcionar una lactancia natural a su bebé, por consejo médico, debido al estrés acumulado. "Me levantaba a lo mejor a las 8 y me sentaba en el ordenador y estaba todo el día sentada. Entonces el bebé… pues yo tenía al bebé encima, el bebé estaba muy nervioso" (Beatriz, C227). El trabajo de gestión no dejó de hacerse, aunque estuviesen de baja laboral, en cuarentena, o enfermas por coronavirus, sea presencialmente o bien por videoconferencia o teléfono desde sus casas. Es el caso de Joan (C201), de David (C054), de Montse (C101), de Argiñe (C335) o de Concepción (C212).

Además, el trabajo de directoras y gerentes se desbordó y tuvieron que asumir tareas que no estaban en sus funciones y que nunca antes habían imaginado que tuviesen que desarrollar. La prioridad era atender a las personas enfermas, llevarlas al hospital cuando fue posible, acompañarlas en sus últimas horas: "no han muerto solos" (Telma, C213), haciendo lo que fuera necesario, realizando todo tipo de trabajo. Cuando había que hacer un traslado de habitación, Antonia (C011*) se implicaba directamente: "Era todo el equipo quien hacía estos cambios, coordinados con limpieza. 'Yo me llevo las cosas, tú desinfectas, me llevo a la persona y traigo luego a la otra'. Todo era uno". Y ella misma, en su condición de enfermera, hizo también esta labor cuando hizo falta. Además, las funerarias, como ya se ha comentado, estaban desbordadas o no querían trasladar personas que hubieran contraído la covid. La labor de las directoras, en momentos de extrema necesidad, incluyó incluso limpiar, vestir, preparar, mover cadáveres. Los siguientes relatos reflejan la crudeza de la situación:

> Lo que peor se ha vivido ha sido la muerte. Porque es verdad que de 42 [casos de covid] que hemos tenido, se nos murieron 13 personas como muy al principio. Entonces, decíamos:

> 'otras, se van a morir todos'. (…) Y luego las cosas que no se pueden contar como digo yo. Ha sido muy duro. Quiero decir… los de la funeraria no entran. Tú les metes en un saco, ellos te traen otro saco en el que tienes que meter a la persona, tienes que desinfectarlo… quiero decir, que el proceso luego es muy duro, muy duro. (Concha, C252)

> Hice de funeraria. Yo trasladé los cuerpos para evitar que mis compañeras lo hicieran; yo los metí en un doble sudario con otra compañera a la espera de que llegara la funeraria. Como digo, di de comer a residentes, cambié pañales, bañé a personas. Intenté buscar EPIs, para que no me faltaran para las trabajadoras. Sobre todo, mi principal función allí fue no perder la calma para que el resto no la perdiera y saliera corriendo[46].

Viñeta 4.3. Confinamiento de trabajadoras y residentes

Cuando se realizaron pruebas PCR en una residencia de Cataluña a inicios de abril de 2020, se mostró que casi la totalidad de residentes y de trabajadoras habían dado positivo. Se inicia, a partir de este momento, una experiencia interesante: una parte del personal decide de forma voluntaria confinarse con las personas residentes. Fue una reacción de empoderamiento por parte del personal que opta por seguir trabajando, oponiéndose a la decisión del Departament de Treball i Afers Socials de repartir las personas residentes por diferentes centros. Fue un acto de altruismo e implicación hacia las personas ancianas que dependían de sus cuidados.

La iniciativa partió de la directora, Sara (C101), quien, estando contagiada ella misma y viendo que en el turno de tarde no había quedado nadie trabajando (debido a las bajas laborales), cogió la maleta y se trasladó a la residencia. Ante esta situación, varias trabajadoras decidieron confinarse también. "No me cabía en la cabeza... son personas y esta es su casa"; "siento que forman parte de mi familia; me necesitan"; "los abuelos de aquí son mis abuelos". Estas son palabras pronunciadas por las trabajadoras, profundamente afectadas.

Decidieron actuar a la inversa de lo que indicaban los protocolos y así lo comunicaron a la Administración. Los cuatro residentes que no se habían contagiado se derivaron hacia otros centros. Los demás estuvieron confinados en sus habitaciones dos días, hasta que se pudo encontrar otras soluciones, como que pudieran salir y compartir espacios comunes, cosa que, al estar todos contagiados, no les perjudicaba. Y hasta que entró nuevo personal suplente, las trabajadoras tuvieron que dedicar mucho esfuerzo y muchas horas. Según ellas, el liderazgo de la directora fue un factor aglutinador y favorecedor de la armonía dentro del equipo de trabajo.

Este confinamiento duró dos semanas. Se creó una burbuja de convivencia entre las trabajadoras y también con las personas residentes. La televisión fue drásticamente prohibida y no llegó del exterior ningún tipo de información referente a la pandemia. Tanto fue así que cuando, en la visita que hicimos a esta residencia, charlamos con algunas de las personas residentes y todas negaban (o no recuerdan) haber tenido el virus. Las trabajadoras que se confinaron están orgullosas de haberlo hecho. Nabila (C102*) reivindica la valentía de las mujeres. "Hemos estado aquí, en primera línea, y hemos demostrado que somos luchadoras, que somos valientes y que podemos hacer todo lo que nos proponemos".

El tiempo dedicado al trabajo en los meses críticos excedió ampliamente los horarios habituales; para muchas directoras, las jornadas alcanzaron con frecuencia las 15 o 18 horas diarias en el lugar de trabajo, pero, en la práctica, la dedicación alcanzaba las 24 horas, porque no podían desconectar. Los descansos semanales no existieron durante meses. La disponibilidad fue total, día y noche, sin poder distanciarse de los problemas vividos durante el día. No había lugar para la conciliación familiar: la vida personal se quedó al margen y la vida social, también. Las directoras evitaban cualquier riesgo de contagio en su vida familiar y social para evitar ser ellas las que pusieran en riesgo la salud y la vida de las personas residentes:

> Siento como que tengo a los niños abandonados. Totalmente abandonados…, porque he dejado al mayor, que tiene 16 años, con sus hermanos, a cargo de… sus hermanos. O sea, eso

[46] Lidia Sánchez Rodríguez (*Diario de Sesiones de la Asamblea de Madrid*, 13 de noviembre de 2020, p. 17518).

> sí que ha habido, sí. Eso sí que ha costado mucho. Eso de irte por la mañana y no saber cuándo vas a volver y… dejarlos. (Verónica, C227)

4.4.5. RELACIÓN CON LAS FAMILIAS

Cuando se cerraron las puertas de las residencias en el mes de marzo, las familias se alarmaron. "Fue un shock", nos dicen Federico y Soraya (C255). Era un momento de pánico colectivo. El coronavirus tenía un impacto muy superior al que se le había atribuido y habían empezado a circular noticias sobre los fallecimientos que se producían en las residencias. Quienes tenían familiares en los centros temieron por su salud y por sus vidas: querían verlos, saber de ellos, constatar que estaban bien y se encontraron con que no podían hacerlo. El primer día que cerraron los centros, hubo familiares que acudieron a la residencia que dirige Sara (F006). Había nervios, angustia, rabia, querían entrar y tuvo que intervenir la policía. En el caso de otra residencia, donde había pisos tutelados, se cerró todo el conjunto, pues para entrar y salir de los apartamentos había que pasar por la residencia. Esto generó mucha indignación y disconformidad entre quienes habitaban los pisos tutelados y se tuvo que contratar un guardia de seguridad para impedir las salidas. Antonia (C011), la directora de dicho centro, es consciente de lo que ello significaba, pero tiene el convencimiento de que tenía que hacerlo para contener la propagación del virus.

Cerrar las residencias fue una medida que pretendía evitar contagios y así se planteó desde las normas que se dictaron al efecto. Las familias podían ser propagadoras del virus, contagiar a las personas residentes y también contagiarse. Esta medida polémica, que ya hemos comentado, fue percibida en algunos casos como algo violento e inaceptable. No olvidemos, además, que el clima social del momento era de desconcierto y también de pánico. Los medios de comunicación contribuyeron a generar desconfianza: imágenes de la UME desinfectando, ataúdes que se amontonaban, declaraciones de familiares enojados... Había miedo, un miedo real que costó mucho que se superara, porque todo parecía ir en contra de la salud de las personas residentes y porque, además, el coronavirus era un gran desconocido y se generaban informaciones contradictorias, pues una persona que parecía superar la enfermedad, de repente "se apagaba como una vela" (Joan, C201*). Las familias, nos dicen las directoras, no entendían que esto ocurriera así y suponían que se les mentía, o que no se les informaba suficientemente. No poder entrar, no poder ver directamente lo que ocurría, entorpecía la actitud de comprensión. El sufrimiento aumentó en las situaciones de final de vida, al no poder despedirse. Todo ello definió una compleja relación entre las direcciones de las residencias y las familias.

Nuestra hipótesis es que, en este contexto de incertidumbre, angustia y pánico, las estrategias de comunicación de las residencias con las familias fueron cruciales. Quienes informaron con transparencia y asiduidad, tuvieron más credibilidad y confianza por parte de las familias, especialmente si esta información se individualizaba. Las residencias que dejaron la comunicación en segundo plano, generaron ansiedad, indignación y desconfianza. Veamos los distintos tipos de situación que se produjeron, desde la perspectiva de directoras y gerentes. En otro apartado, analizaremos la perspectiva de las familias.

4.4.5.1. COMUNICACIÓN Y TRANSPARENCIA

Las directoras que dicen no haber tenido problemas con las familias explican las estrategias de comunicación que siguieron, con la conciencia de que cuando se impide la entrada en la residencia, se requiere una información constante y exhaustiva. Joan (C201*) organizó lo que denomina "el equipo de comunicación", constituido por quienes no podían ejercer su actividad, estando en la residencia o en sus casas por haberse contagiado. Llamaban a las

familias con sus teléfonos móviles particulares pues entendieron la importancia de la comunicación. "Y nadie se quejó, sino lo contrario, hacían llamadas gastando sus datos, pues la residencia no tiene wifi", nos dice. El mismo equipo de comunicación se encargó posteriormente de organizar las visitas de familiares. Además, se hacían comunicados diariamente, a través de Whatspp, desde un aplicativo que ya se utilizaba previamente. "Cada noche hacía un comunicado con pelos y señales. Con transparencia. Si aquel día había habido tres defunciones pues había tres defunciones, y no poníamos los datos personales. Si había habido diez contagios, pues había diez contagios". Con ello se intentaba que las familias estuviesen al corriente de lo que sucedía, de manera que no pudiesen decir que no sabían lo que pasaba dentro. Más adelante los comunicados se hicieron dos veces por semana y Joan insiste en que en esto no podía fallar, porque las familias los esperaban. Considera que esta estrategia comunicativa fue positiva y que no han tenido quejas de falta de información.

Una estrategia similar siguió Antonia (C011*). El centro que ella dirigía cerró las puertas antes que los demás, y previamente se llamó por teléfono a todos los familiares avisando de que ya no podrían entrar. Cada actuación que hacían implicaba llamada telefónica y correo electrónico. Insiste en que hicieron muchas llamadas y que esto tranquilizaba a las familias, que mostraban su acuerdo con las actuaciones que iban realizando. "Yo creo que veías tanta cosa afuera, tanta residencia que estaba mal, que lo que hacíamos nosotros lo recibían muy bien", nos comenta. En el caso de la residencia dirigida por Concha (C252), la psicóloga, que entraba en las unidades covid, hacía videollamadas de las personas residentes con los familiares. Y dos veces por semana el equipo del centro enviaba por Whatsapp un comunicado para informar sobre la situación y evitar rumorología y, si había algo importante, llamaban directamente a la familia.

Ramona (C196*), por su parte, dio prioridad también a proporcionar información y ella personalmente enviaba un correo electrónico diariamente para familias, indicando también con minuciosidad lo que iba ocurriendo: las personas que se contagiaban, las que se derivaban al hospital, las que morían… "Esto era muy duro para los familiares, pero sabían que les decía la verdad". No falló ni un solo día, y cuando entrevistamos a Ramona nos comentó que ya había superado los 250 correos, que los guarda todos y que quizás algún día los imprimirá y encuadernará. "Saldrá una biblia", nos dice. También definieron franjas horarias para que las familias pudieran hablar directamente con la enfermera del centro. Además, empezaron a hacer pequeños videos que enviaban a las familias desde el teléfono móvil. Ver al familiar residente en el jardín era algo emocionante para quien no podía irlo a visitar directamente. Y fue emocionante también la estrategia de bajar al jardín a grupos de residentes y acercarlos a la valla para que las familias, a quienes se había avisado previamente, les pudieran ver y saludar, sin poder acercarse, detrás de la valla; con lágrimas y sonrisas. "Mira, todavía se me pone la piel de gallina", nos dice al rememorarlo.

En la residencia que gestionan Federico y Soraya (C255) también se trabajó a favor de la transparencia. Una de las personas que en principio fue contratada para llevar a cabo labores de limpieza se encargó de la comunicación. También grabaron varios videos con las personas residentes que emitieron en la televisión vasca. La respuesta por parte de las familias "fue excepcional" según nos relatan; tanto, que dos familiares, una mujer cuya madre residía en el centro y un hombre, cuyo padre también residente había fallecido por causas ajenas al coronavirus, empezaron a ayudar de forma voluntaria en algunas labores habituales de la residencia.

4.4.5.2. FALTA DE TRANSPARENCIA O DECISIONES ERRÓNEAS

A pesar de que en muchas residencias se hicieron esfuerzos equivalentes a los que hemos explicado, en otras no fue así, o no pudo ser así. Cinta Pascual, presidenta del ACRA y de la CEAP, reconoce que el sector, en general, falló en este aspecto y lo atribuye al colapso asistencial que generó la falta de personal:

> Yo creo que en una residencia en que te falta el setenta por ciento del personal, que no tienes EPIS, que los abuelos los tienes… pues coger el teléfono… Los teléfonos constantemente sonaban y llega el momento que lo descuelgas y dices aquella frase, ¿no? 'Primero los abuelos'. (Cinta Pascual, C070)

David (C054*) reconoce que al principio estaban tan centrados en asistir a las personas contagiadas que no atendieron adecuadamente la comunicación con las familias. Cuando se producía un deceso costaba explicarlo, porque no se entendía que el familiar que parecía recuperarse (y así se les había comunicado), muriese de forma imprevista. Indica que con la covid se ha incrementado el número de familias que no aceptan la gestión que se hizo. A veces las familias dicen saber que no es culpa de la dirección del centro, pero que estando al frente, tenían que haber hecho más. "Hay personas que agradecían lo que estábamos haciendo, pero otras te machacaban por teléfono, como si hubieses matado a su familiar", reconoce David.

Hubo decisiones realizadas con buena voluntad, pero que acabaron teniendo un impacto negativo, como dejar la línea de teléfono libre para que la gente pudiese llamar y conectar con sus familiares, en lugar de hacerlo a la inversa y controlar así la comunicación. No se contó con que los familiares llamarían en cascada, lo que colapsó el sistema telefónico y generó incomunicación. También hubo decisiones erróneas, al retrasar informaciones que eran muy importantes. Carme y Lidia (C024) explican que se hicieron PCR a todas las personas residentes y tuvieron los resultados un miércoles por la mañana. La directora los quería comunicar de inmediato a las familias, pero Lidia, representante de la empresa, se opuso a ello. Recomendó que esperara a tener los resultados por escrito, para evitar denuncias por revelar datos sin tener constancia escrita de ellos, cosa que había sucedido a su empresa en Madrid. Esto provocó desencuentros entre ambas. Finalmente, los resultados de las pruebas no se proporcionaron hasta el día siguiente por la tarde. La tensión que se generó fue mayúscula. Las familias se indignaron y toda la ira se dirigió hacia la directora, al considerar que las estaban engañando, que no quería dar información, que no quería que se supiera que el coronavirus había entrado en el centro. Las trabajadoras se adhirieron a las denuncias que hizo la asociación de familiares del centro a través de las redes sociales y el conflicto llegó hasta los principales medios de comunicación del país. La fiscalía abrió expediente.

Directoras y gerentes consideran que en todos los casos pudo haber habido problemas e incomprensión por parte de las familias, porque las residencias han estado en el punto de mira de la opinión pública y esto generó desconfianza entre las familias. Al contrario que el sector sanitario, a cuyos profesionales se aplaudía, las residencias estuvieron bajo un severo escrutinio y no se reconoció el esfuerzo que hicieron para salvar vidas. Antes de la pandemia, esporádicamente tenían lugar incidentes con determinadas familias, que se quejaban sistemáticamente o que no aceptaban la muerte del familiar. No obstante, esta actitud se incrementó con la pandemia y las directoras se convirtieron en sospechosas de no haber atendido correctamente a las personas residentes. La presión de algunas familias (tres, en concreto) fue lo peor de la crisis, nos dijo Sara (C101). La acusaban a ella y también a la doctora de "que estábamos haciendo las cosas mal, que los estábamos dejando morir, que no los cuidábamos bien… Esto fue muy doloroso, muy duro, porque las llamadas eran diarias… Fue una presión muy fuerte". Y le duele, que cuando ella recomendó a algunas familias que se llevaran a casa a la persona residente para que no se contagiara, ninguna lo hizo. Conscientes

de que la decisión de llevar al familiar a una residencia cuesta mucho tomarla, las directoras atribuyen en parte la desconfianza y el enojo contra ellas a un sentimiento de culpa mal gestionado.

Guillermina (C079) vivió muy mal que la hija de una fallecida la denunciara cuando ella considera que se desvivió en las etapas más duras de la pandemia. Y que no pudieron hacer más, ante el colapso sanitario que impidió derivar pacientes. Entiende que debido a la extensión del brote y a que falleció un tercio de las personas residentes, ha habido rencor y rabia entre las familias, que han descargado la responsabilidad en las gestoras de la residencia. La mujer que la denunció insistió en que la denuncia no era nada contra ella, sino contra lo que pasó. Ella, dolida, replica que al juzgado iría ella, no iría su jefe ni la dirección de la empresa.

Hubo familias que reconocieron y agradecieron los esfuerzos realizados para cuidar de sus familiares en tiempos tan difíciles. Hubo dolor y resignación en caso de fallecimiento del familiar, entendiendo que por la edad y patologías que padecía, en algún momento se tenía que producir el desenlace, que si no era por el coronavirus hubiera sido por otra causa. Pero la voz de estas familias no se oye. En otro apartado presentaremos las razones de las familias que, indignadas, se organizaron e hicieron demandas.

4.4.5.3. COMUNICACIÓN DE LAS PERSONAS RESIDENTES CON EL MUNDO EXTERIOR

El tema de las estrategias de comunicación no acaba aquí. Mientras las residencias estuvieron cerradas, se facilitó la comunicación entre familiares mediante teléfono y videollamadas. En medio del desasosiego las tablets y otros dispositivos electrónicos fueron de gran ayuda para reanudar la relación entre residentes y familias. En muchos centros se hicieron grupos de Whatsapp. También, en bastantes centros tuvieron la oportunidad de realizar encuentros virtuales con familiares a través de aplicaciones online, lo que sirvió para paliar el aislamiento y la monotonía del confinamiento: "Llegaron las tablet, todo el mundo ponía el Skype, con los familiares, eso fue también un respiro" (Concepción, C212); "lo de las videollamadas ha sido un éxito… Porque no es lo mismo una llamada de teléfono, que tú le digas: 'sí, está bien', a que la esté viendo" (Verónica, C227). Estos dispositivos fueron facilitados por las Administraciones públicas, por las propias empresas o fundaciones e incluso donados por instituciones, asociaciones y otras entidades solidarias. Con todo, los encuentros no siempre resultaron gratos, como en los casos de residentes con demencia senil u otras patologías degenerativas, como señala Concha:

> Les ha costado mucho el tema de no poder ver a sus familiares. Hay quien en las videollamadas ha estado muy bien y contento de hacer la videollamada, pero hay personas con demencia que no entienden la videollamada, ni lo que está viendo ahí. Entonces igual también ha generado angustia de la familia. El encierro lo han llevado mal. (Concha, C252).

Hay que mencionar finalmente, la organización de las visitas, cosa que ha ido cambiando a medida que se relajaban las restricciones que se establecieron en los inicios de la pandemia. Las visitas de familiares estuvieron absolutamente prohibidas durante semanas, hasta que se permitieron, de forma muy restringida y controlada, y con precauciones para evitar contagios. El calendario fue diferente en cada comunidad autónoma, pues era el cambio de fase de la epidemia la que definía la posibilidad de autorizar o no las visitas. A partir del inicio de la vacunación de las personas mayores (a finales de diciembre de 2020), se ha relajado más la situación.

Las visitas de las familias requerían una organización compleja. El ritmo de visitas lo estableció cada centro de acuerdo con los espacios disponibles y las trabajadoras que requería activar solo para esta misión. En una residencia de Cataluña, por ejemplo, al inicio dejaban solo un

cuarto de hora para encontrarse, y después pasaron a media hora. Era un día a la semana para cada residente con tres familiares, que combinaban con videollamadas otro día por semana. La gestión y organización de las salidas y visitas se convierte en un trabajo extra en un momento caracterizado por la sobrecarga de tareas. Eba (C253) explica las implicaciones que tienen las visitas en el trabajo de las auxiliares ya que se requería tiempo para preparar a la persona para que estuviese lista a una determinada hora; además, llega a contabilizar alrededor de 500 visitas o salidas a la semana a las que tiene que responder con el mismo número de trabajadoras que antes de la pandemia, porque, como recuerda, no se les ha aumentado la ratio: "te quita de otras cosas", advierte. En la residencia que dirige Argiñe (C335) se contrató una trabajadora social para que organizara las visitas. En algunos centros no se podía acoger visitas los fines de semana por falta de personal. Al inicio la situación fue impactante, y las primeras visitas que se pudieron hacer no eran satisfactorias, tanto por la distancia, como por los impedimentos para poder acercarse, abrazarse e incluso reconocerse:

> Las visitas se hacían a través de una mampara. Había personas que no les importó, pero no les gustaba, y había gente que decía: 'yo no quiero, porque para verme por una pantalla, parece que estoy en la cárcel'. Esta sensación, de que estoy hablando con un micrófono, con una pantalla, con una mascarilla, no sé, faltaba algo. No había contacto físico. Yo creo que este tipo de visitas… al menos se veían las caras. Quizás el beneficio fue más para el de fuera, para el del exterior, que consiguió ver físicamente a sus familiares, a sus padres, y ver que estaban bien, más que del residente hacia afuera, ¿no? Porque el residente, al fin y al cabo, no entendía la situación. 'Primero, no les conozco': muchos no les conocían porque llevaban mascarilla, y algunos tenían que quitársela un poco para que vieran quién era. Ahí tampoco fue del buen gusto. Una medida, sí, pero no fue del todo lo que ellos buscaban. (Federico y Soraya, C255)

Las directoras temían que las personas residentes salieran del recinto con sus familiares y cuestionan incluso la necesidad de hacerlo en caso de personas con fuerte deterioro cognitivo. "Es que no sabe ni que sale, entonces ¿por qué la estás sacando?: ¿para él, para ti, o de cara a la sociedad?" (Ramona, C196*). Antonia (C011) insiste en lo mismo, pues para ir a un bar o a una casa particular estaban poniendo en peligro a la persona y a las demás residentes. Que una persona saliera fuera representaba también un incremento del trabajo a realizar: desinfección de la silla de ruedas, desinfección de la persona, cambio de ropa, ropa para lavar… En las residencias hubo pues distintos frentes que se tenían que cubrir. Con menos personal, o con suplencias, con nervios e impotencia. Nadie fue indiferente a lo que pasaba. "Lo que he vivido espero no vivirlo nunca más en la vida" (Ramona, C196*).

4.5. IMPACTO DE LA COVID EN LAS RESIDENCIAS: PERSPECTIVA DE LAS TRABAJADORAS.

Las residencias para personas mayores y dependientes se caracterizan por ser un sector laboral precarizado que sufrió un fuerte impacto con la pandemia. Enfrentan la crisis sanitaria con una acusada (aunque desigual) falta de personal que llevó a un incremento de la carga de trabajo y a cambios en los horarios que complicaron la conciliación familiar de las trabajadoras. Auxiliares y gerocultoras tuvieron que hacerse cargo de tareas múltiples, incluso de carácter sanitario, con la consecuente carga emocional y de trabajo extra que ello supuso. La falta de personal tuvo lugar también entre el personal médico y de enfermería, lo que agravó el problema de atención a quienes se iban contagiando. Para paliar esta situación, en la primera ola se produjo una incorporación apresurada de trabajadoras que, en algunos casos, no tenían la formación necesaria. Esto ocurrió en un contexto en el que la necesidad de profesionalización del sector es una demanda histórica y en que las personas residentes necesitaban, además, por las circunstancias del momento, atención muy especializada. La primera ola de la pandemia se caracterizó por la falta de prevención, sin disponer del material

básico para evitar contagios, lo que derivó en un gran número de muertes de residentes y numerosas bajas laborales de las trabajadoras por contagio o por otras causas.

En este apartado analizamos cómo las trabajadoras de las residencias han vivido la gestión de la pandemia. Exponemos los problemas que tuvieron que afrontar, las respuestas traducidas en iniciativas múltiples y en el apoyo mutuo, la profesionalidad que mostraron y el enorme esfuerzo, poco visibilizado, que han realizado. Al hablar de trabajadoras queremos referirnos a todos los niveles laborales que estuvieron implicados, pero especialmente a las cuidadoras directas y a las trabajadoras de la limpieza, que desempeñaron actividades esenciales. "Son Dios", nos decía la directora de una residencia, reconociendo su imprescindible participación. Es cierto que hubo casos de menor implicación. Sin embargo, se estaba pidiendo heroicidades a quienes desempeñan su labor en unas condiciones laborales precarias. Sin obtener reconocimiento ni valoración. A Alba (C251), educadora social en una residencia del País Vasco, sus amistades y familiares le decían que no fuera a trabajar: "déjalo, este estrés no vale la pena", y su reacción era pensar en sentido contrario: "pero, ¿cómo los voy a dejar si están las familias confiando?". Lo dice visiblemente emocionada para añadir que se volcó en el trabajo para todo lo que hiciera falta. Se asumió el riesgo, como lo hicieron también centenares de trabajadoras de otros sectores. Se salvaron vidas, pero se vio, con impotencia, cómo morían las personas ancianas, cuatro, cinco, seis, en un mismo día. Rabia, dolor y esfuerzos titánicos para atender a unas personas residentes sobreconfinadas en sus habitaciones:

> Me da pánico que vuelva a pasar. Que se te mueran en los brazos, que se muera uno ahora y a las dos o tres horas fallezca otro. No te ha dado tiempo de respirar de una cosa para salir y meterte en otra. Yo le decía a mi compañera: 'Te aseguro que la gente que lo vivió de cerca no se ha ido a la playa de veraneo'. (Lily, C290)

> Y esto es el covid en la residencia: mucha fuerza, muchas lágrimas, muchas, muchas, muchas lágrimas. Mucho ponerte en un rincón y quererte volver pequeño para desaparecer por el primer agujerito, porque no sabes qué más hacer... Pero también encontrar a esa persona que te diga 'hay personas que nos necesitan y hay que seguir'. Entonces, pues esto. Es mi experiencia personal. (Jenny, C286)

4.5.1. CAOS E INCERTIDUMBRE: "TODO ERAN CAMBIOS, CAMBIOS, CAMBIOS…"

Una de las palabras más repetidas por las trabajadoras para referirse a la situación inicial de la pandemia es la de caos. "Fue el caos porque había mucha incertidumbre, mucho miedo y, sobre todo, impotencia", señala Mari Luz (C130). A la incertidumbre y desconocimiento del virus, se sumó la falta de previsión, el silencio inicial de las autoridades correspondientes (estatales, autonómicas o forales), seguida por una catarata de protocolos de actuación que iban cambiando constantemente y generaban más desorientación. Esto es así en las tres comunidades autónomas estudiadas.

En Cataluña no hubo directrices inicialmente. Recordemos que la gestión de las residencias cambió del Departament de Treball, Afers Socials i Famílies al de Salut, debido justamente a su falta de iniciativa. Esta situación obligó a que cada centro tomara sus propias decisiones y en ello se implicaron no solo directoras y gerentes, sino también trabajadoras:

> Desde el Departamento, no nos dieron un protocolo a seguir, porque ellos mismos no sabían cómo actuar en este caso, y nosotros pues hablamos con administración, hablamos con coordinación, con todo, e hicimos una reunión general auxiliares, equipo de limpieza, cocina, y dijimos, vamos a separar, vamos a separar, vamos a crear un solo pabellón para positivos, otro pabellón para personas que están presentando síntomas, pero no están confirmados y un pabellón para aquel que supuestamente está sano. Y así dividimos la residencia. Pero claro, mueve a 170 abuelos... (Jenny, C286)

En el caso de Madrid las trabajadoras subrayan la ineficiencia de la Consejería de Sanidad de la Comunidad, por las demoras y confusiones en los protocolos, así como las diversas interpretaciones de ellos en los centros residenciales (recordemos la crisis política que hubo al respecto en esta comunidad y la dimisión del consejero de Políticas Sociales, Familias, Igualdad y Natalidad). Por ello, eran los equipos de dirección de los centros quienes debían tomar decisiones, sin tener orientaciones precisas, pero que, cuando llegaban, cambiaban constantemente. La sensación de las trabajadoras era también de caos por la suma de dificultades encontradas:

> Fue una organización *muy* caótica [enfatiza en "muy"]. Yo cuando terminé la baja por covid llegué al centro y había mucho caos. Un día venía la UME para desinfectar, otro día los voluntarios. Yo, por ejemplo, estuve un mes o así encargándome de la recepción porque las compañeras estaban malas. Arriba estaban todas las señoras aisladas en sus cuartos, separadas, sin comer juntas. Una situación bastante triste. Mucho caos. Mucho caos porque faltaba muchísimo personal, no teníamos EPIs ni protección adecuada. Es verdad que por goteo nos venía llegando. (Carla, C214)

En el País Vasco, también las trabajadoras padecieron las incertidumbres creadas por la situación inicial de la pandemia. Lo constatan tanto Raquel (C034), auxiliar de enfermería de una residencia pública de Araba/Álava, como Amaia (C295), enfermera que trabajó en una residencia de Gipuzkoa quien, ante el desconcierto y la falta de protocolos iniciales, valora muy positivamente la labor del equipo de dirección del centro:

> En una tarde había igual tres cambios de decisiones diferentes. O sea, llegábamos a las 3h y a las 3h teníamos pues que ver qué hacer con estos aislados y cómo organizarnos, y era una decisión. A las 5h era otra y a las 8h podía ser otra. Y llegabas al día siguiente y había sido otra. Claro, o sea, que nos estábamos moviendo en una inseguridad constante, total, sin medios, sin decisiones firmes de decir: 'Bueno, ¿cómo nos protegemos? ¿Cómo protegemos también a ellos de los que ya están aislados y puede que lo tengan?'. (Raquel, C034)

> Era un poco caótico, era una cosa que nadie controlaba, nadie sabía... Al final fue todo un poco sobre la marcha, (...) y dentro del caos es verdad que es un equipo que se organizó muy, muy bien. Desde la directora del centro que pasaba ahí prácticamente todo el día, a la enfermera, a la trabajadora social que en ese momento no tenía igual nada que hacer en su trabajo, pero pues estaba en la lavandería recogiendo ropa, llevando… (…) Luego es verdad que los protocolos los cambiaban, iba a decir al día, pero es que casi a veces hasta a las horas. Íbamos ahí 'a ver qué pasa hoy'. (Amaia, C259)

4.5.2. EXPUESTAS, EN PRIMERA LÍNEA

Cuando el coronavirus entró en las residencias, los contagios fueron la tónica general, tanto entre las residentes como entre las trabajadoras. "Mis compañeras de trabajo fueron cayendo como fichas de dómino, una tras otra" relata Jenny (C286). En otro apartado hemos tratado específicamente el tema de los riesgos laborales y las medidas de protección. Pero es importante tener en cuenta el elevado número de bajas laborales por contagio que se produjeron, a las que hay que añadir las cuarentenas, las bajas generadas por crisis de ansiedad, las motivadas por problemas de conciliación (las escuelas estaban cerradas en esta etapa) y también por el pánico al virus.

Hubo suspicacias ante la sospecha de trabajadoras que estuvieron de baja sin un motivo que la justificara. "No me lo esperaba", dice Nabila (C102*) con profunda decepción. Alba (C251) lo expresa con enfado refiriéndose a una compañera suya: "Se supone que estamos remando juntas por las personas que están aquí. De repente abandonas el barco y no dices nada. Una manera de proceder que a mí no me gustó, me pareció superfea". Es cierto que ha habido estas situaciones, pero no pudieron aguantarse mucho tiempo, dando el perjuicio económico que

implicaban para la trabajadora. Y es que tener una baja laboral por enfermedad común, sea cual sea su causa, supone una reducción salarial importante y tiene un impacto negativo para unas trabajadoras que tienen ya un sueldo muy reducido que se ve considerablemente mermado[47]. Esto, en sí mismo, precariza todavía más un sector que ya lo está en su base. Montse Sedó (C127), de CCOO de Cataluña, señala que desde su sindicato se trabajó para que se considerara la baja por covid como baja por enfermedad profesional y no como enfermedad común. Explica, a su vez, que hay que entender estas bajas por la propia precariedad existente, a la que se sumó el hecho de que no se proporcionara protección a las trabajadoras, lo que no solo las ponía en peligro a ellas, sino también a sus familiares.

Estos aspectos han sido expresados por las trabajadoras en las entrevistas y por esto los mencionamos, pero no queremos poner el acento solo en ellos porque ocultan las situaciones de responsabilidad, entrega y empoderamiento de la mayor parte de las trabajadoras, que hicieron todo lo que pudieron para salvar vidas y atender a las personas residentes en circunstancias tan adversas. Hubo trabajadoras que se implicaron al máximo, que trabajaron de sol a sol, que asumieron actividades múltiples, que suplieron a quienes no estaban, que incluso estando contagiadas ayudaban también desde sus domicilios, o que llegaron a confinarse con los residentes. Algunas vivían en un estado de alerta constante y de disponibilidad total, como nos narra Lily (C290), responsable del equipo de gerontólogas de una residencia madrileña: "Y yo, como tengo que tener el teléfono 24 horas disponible, pues es siempre como una vigilia de que me van a llamar, de que voy a tener que ir a las 4 de la mañana".

La ética del cuidado (GILLIGAN, 2013) se mostró con toda su fuerza. Las trabajadoras de las residencias de Gipuzkoa, que estaban en huelga, la interrumpieron para volver a su lugar de trabajo. Marta (C146) explica que enfermeras y auxiliares se volcaron en el cuidado y voluntariamente trabajaron muchas más horas de las habituales. Se desconvocó la huelga para atender y cuidar a las residentes, mostrando su compromiso y responsabilidad. A día de hoy Marta considera que lo correcto hubiera sido contratar más personal, y que en un futuro no se tendría que repetir lo que ellas mismas hicieron.

En unas situaciones tan extremas como las que se vivieron, la actitud de los equipos de dirección de los centros residenciales fue crucial para motivar o no una mayor implicación de las trabajadoras. Así fue en el caso de Ana (C289), que volvió al trabajo antes de lo que le correspondía: "Me di de alta antes de tiempo, cuando ya di negativo, a pesar de estar hecha polvo. Volví por mis compañeros. Mis jefes estaban agotados. El director y los jefes han estado 24 horas de lunes a domingo. Ha sido tremendo el esfuerzo". Lo mismo nos dice Alma (C103) que sufría al saber que sus compañeras se habían confinado con la directora en la residencia, estando ella de baja por contagio, y se incorporó cuanto antes para unirse al grupo y contribuir también. Como contrapunto podemos citar la situación que vivió Alexa (C071), descontenta por el talante autoritario de la directora, que no sabía delegar ni trabajar en equipo y acabó dimitiendo al sentirse superada. O de Juan (C257), que se lamentó de la falta de iniciativa de la dirección y de los supervisores, ante lo cual fue el personal de enfermería el que se reunió y estableció las pautas de funcionamiento para combatir la pandemia. Irónicamente señala:

[47] En las bajas laborales por enfermedad común o accidente no laboral, en los tres primeros días no se cobra prestación. A partir del cuarto hasta el vigésimo día la prestación es del 60% de la base reguladora, y, después del 75%. Se ha de haber cotizado al menos 180 días en los cinco años inmediatamente anteriores, y en caso de los contratos a tiempo parcial, los días de cotización se extienden en función de las horas realizadas. Estas condiciones pueden mejorarse en los convenios laborales, como sucede en los de Bizkaia y Gipuzkoa para las residencias. Una de las reivindicaciones sindicales es que los contagios por covid sean reconocidos como enfermedades profesionales, ya que los términos de la prestación son algo más favorables, cosa que el sector sanitario ha conseguido. Véase, Enlace.

"luego, eso sí, se pusieron el sello como que se había hecho desde la dirección y todos contentos".

Algunas trabajadoras vieron compensado este esfuerzo con retribuciones adicionales, pero para la mayoría no fue así. No fue el ganar más dinero lo que motivaba su implicación, sino afrontar la difícil situación que se estaba viviendo en las residencias. Sin embargo, el hecho de que posteriormente no hubiera un reconocimiento de este esfuerzo generó resquemor y un sentimiento de injusticia. También tuvieron este sentimiento de injusticia las trabajadoras a quienes se rebajó su horario de trabajo (Carla, C214), o las que fueron despedidas cuando no se las necesitó, como sucedió en el caso de Carmen (C045). Aina (C181) explica con amargura cómo en la residencia en la que trabajaba se obligó a que las trabajadoras se confinasen con las personas residentes y que despidieron a una persona que no lo quiso hacer. Ella misma fue despedida también meses después. La pandemia fue un espejo en el que se reflejó la imagen de unas condiciones laborales poco satisfactorias, que ya existían antes.

Viñeta 4.4. Vivian, trabajar en primera línea

Vivian (C168) es una gerocultora que trabaja en una residencia pública con gestión privada desde hace 17 años. En el momento de la entrevista, tenía 64 años, próxima a la jubilación. Es originaria de Ecuador y llegó a España hace ya 47 años. Ha tenido varios empleos de baja cualificación, hasta que hizo un curso de geriatría y entró a trabajar en la residencia. Era el año 2003 y explica que entonces las gerocultoras tenían tiempo para atender a las personas residentes, salían con ellas unos días de vacaciones y hacían reuniones para coordinarse. Relata los cambios posteriores relacionados con los cambios de empresa, cómo se fue deteriorando todo, "en declive", nos dice, especialmente por la progresiva disminución de personal.

Explica la incidencia de la covid en la residencia y su extrañeza inicial de que muriesen más personas de lo habitual, sin que se diera al personal instrucciones concretas. Cuando se reconoció que el virus había entrado, los infectados fueron llevados a una planta, pero el personal iba y venía, al inicio sin ninguna protección, después solo con mascarillas quirúrgicas. Vivian ya no supo de EPI, pues se contagió a inicios de abril y relata su experiencia en el hospital, donde la tuvieron que intubar y estuvo ingresada un mes y medio. Después la trasladaron a un hotel. Estaba eufórica por haber ocupado una suite, ella sola. Le hicieron numerosas pruebas y escribió una carta de reconocimiento por el buen trato recibido.

Vivian trabajaba en el turno de tarde, en que debería haber 7 gerocultoras, aunque a menudo solo eran 5. A veces le pedían hacer suplencias cuando faltaba alguna trabajadora de noche, o incluso en la cocina o en la lavandería, doblando el turno. Dejó de hacerlas por el cansancio que le provocaban. Su trabajo como cuidadora requiere esfuerzos físicos que afectaron a su salud. Lleva una faja para proteger la espalda y se queja de que las grúas se estropeaban y de que a menudo habían de manejarse con solo una en todo el centro. Al acabar la jornada se sentía agotada. También por las agresiones e insultos de algunas personas residentes con problemas cognitivos, lo que requería mucha fortaleza mental para resistirlo. Explica que dedicaba más tiempo a las personas residentes con más dificultades, aunque tuviera que correr después. Da mucha importancia al hecho de hablarles, de explicarles lo que hacía. Relata también las múltiples actividades que debía realizar al no haber personal de enfermería en el turno en el que trabajaba: "Hacemos de médicos, de psicólogos, de enfermeras, de fisioterapeutas, de no sé qué… hacemos todo eso", y también derivar enfermos al hospital. No considera que el salario sea injusto, pues para ella era suficiente para vivir, pero sí se queja de la falta de reconocimiento. Habla del miedo de las compañeras ante la dirección, y de la dificultad de organizarse colectivamente.

Como hemos señalado anteriormente, las bajas laborales llegaron a afectar a la mitad de la plantilla en muchas residencias, e incluso, en algunos casos, fueron más elevadas. Esto implicó un sobre esfuerzo y una sobrecarga de trabajo para las trabajadoras en un momento en el que, además, se incrementó exponencialmente el trabajo a realizar: sectorialización del centro, traslados de habitación de las personas residentes, aislamiento de las residentes contagiadas, vestir los buzos para atenderlas, fumigaciones que lo alteraban todo, muertes, familias angustiadas... Todo ello atravesado por el dolor y la impotencia al ver fallecer a residentes con

los que se ha convivido y a los que han cuidado. Situaciones espantosas, como la que vivió Maria José (C234), todavía traumatizada por encontrar varios cadáveres en el garaje cuando fue a buscar los instrumentos de limpieza (véase Viñeta 4.2.). O el dolor de Mari Luz (C133), que seleccionaba la ropa en la lavandería y lloraba cuando en los listados que le daban encontraba fallecidos, porque "llegaron a ser parte de nosotras". "Ni en una película me hubiera imaginado yo esto", nos dice Carmen (C045), que lloró desconsoladamente cuando subió en el autobús para acompañar a las ancianas contagiadas al Centro Covid donde las trasladaban. "Fue una situación horrorosa", nos dice Carla (C214). Por si todo ello no fuera poco, las trabajadoras también sentían la presión ejercida por las familias que requerían información sobre las personas residentes, de la que ya hemos hablado anteriormente desde la perspectiva de las directoras y se trata en el siguiente apartado desde la perspectiva de las familias. Este es el clima al que habían de sobreponerse para poder trabajar:

> Uf, era complicado, porque todo el mundo estaba muy angustiado, todo el mundo estaba fuera de sí, y todo el mundo quería saber de sus familiares y, claro yo creo que esto fue lo peor de todo. Había familias que hacían cinco o seis llamadas diarias. O sea, no dábamos abasto. Y mucha gente estaba como enfadada cuando todos… pasábamos momentos de mucha tristeza. Mucha. Y había mucha rabia, sí, sí. Había familias que se portaron muy bien y entendían la situación. Pero había familias que no la entendían. (…) Y poder transmitir serenidad era casi imposible. (Lluna, C103*)

> Han sido momentos muy duros, de salir llorando todos los días del trabajo. No poderte abrazar con tu compañera. Estar llorando, viéndonos que estamos llorando, pero sin podernos tocar. Ver morir a gente en tus brazos, entrar en una sala y estar viendo 6 ó 7 personas muriéndose, ver el cadáver en una cama y que no venga la funeraria hasta dentro de una semana, tres días o dos días… Luego encima aguantando por la prensa que les dejábamos morir y amontonábamos cadáveres, cuando resulta que es que las funerarias no venían a recogerlos. (Ana, C289)

Otra circunstancia añadida fueron las suplencias. Ayudaron y fue crucial su presencia, y así lo reconocen algunas trabajadoras, sobrepasadas por la carga de trabajo que se les había venido encima. Damián (C001), que fue contratado como suplente, era estudiante de enfermería y buscó trabajo en residencias al inicio de la pandemia, motivado por lo que consideraba un descuido por parte de las autoridades sanitarias y también por necesidad económica. Dice estar satisfecho del equipo de trabajo y de la gestión que se hizo de la pandemia y considera que, como hombre, podía asumir las tareas que requerían más esfuerzo. También Carmen (C045), que estaba en una bolsa de suplencias, pudo aportar mucho con su trabajo debido a la gran experiencia que tenía. Pero las trabajadoras eventuales también generaron tensión, especialmente si no tenían formación previa. Y es que no solo el trabajo se resentía por la falta de formación, sino que, además, no conocían la organización, no conocían a las personas residentes, había que explicarles las tareas, el funcionamiento del centro…, lo que ralentizaba los trabajos. Paulina (C187), que trabajaba en el turno de noche (en un centro donde eran solo dos auxiliares para 70 residentes), se queja de tener que llevar a cabo su labor cada noche con una persona nueva, sin experiencia previa, y a pesar de sus peticiones a la dirección no consiguió que asignaran a una "persona de la casa". Jenny (F005) se indignó de que se contratara gente sin formación a partir de la idea de que para cuidar vale cualquiera. El enfado llegó a tal punto que las auxiliares comunicaron a la dirección del centro que preferían trabajar solas y no con una persona suplente. Consideraban que no cuidaban bien y que hacían retroceder lo que ellas, las auxiliares, construían:

> Nuestro trabajo va más allá de poner un pañal o una ropa. Es empatizar, es ver, es crear vínculo con el residente, es conocerle y saber qué le pasa sin que te tenga que decir si está bien o está mal. Que cuando le vas a dar los buenos días, por la forma en que te contesta, tú ya sabes si se quiere levantar o no. Es ponerte en la posición de esta persona, sabiendo que ha

> tenido una vida, una historia, una familia. Que ha aportado algo a la sociedad que tu desconoces. Es vocación, es amor, es cuidado. (Jenny, F005)

Y es que el cuidado tiene unas dimensiones afectivas, relacionales y éticas que forman parte de la actividad laboral, aunque sean difíciles de medir, y son las que caracterizan un buen cuidado (MOLINIER, 2013).

4.5.3. CAMBIOS EN LOS TIEMPOS DE TRABAJO Y EN LA CALIDAD DEL CUIDADO

El trabajo se cuadriplicó, nos dice Rafaela (C033), trabajadora de limpieza en una residencia de Cuenca. Efectivamente, todo el proceso de limpieza se complicó y se hizo mucho más exigente, más cambios de ropa, más lavadoras para poner, desinfectar, volver a limpiar lo que ya estaba limpio... Todo ello supuso un incremento sustancial de la carga de trabajo, que tenía que asumirse con menos personal. "La primera semana era difícil, estábamos sin nadie. ¿Cómo lo gestionas? Yo doblé, o me quedaba más horas… estuve un par de semanas echando más horas de trabajo, doblando y quedándonos" (Pili, C232). Lo mismo sucedió con las auxiliares y gerocultoras, así como con el resto de personal técnico y sanitario. Las frases se repiten una y otra vez cuando relatan las jornadas extenuantes que acabaron haciendo. El personal médico y de enfermería de residencias estaba desbordado: "Hay días que iba de manera voluntaria, o echaba más horas de manera voluntaria, sí, pero sin que nadie me lo pidiera" (Ángel, enfermero, C063). "El tiempo desapareció, los meses, los días. Porque trabajábamos todos los días y sabías cuando entrabas, no cuando salías" (Sonia, médica, C057*).

El virus no diferenció jerarquías laborales y atacó a todo tipo de trabajadores. Toda la organización del trabajo se vio comprometida. Todo el centro acabó haciendo sus propias tareas y otras más: "Tan pronto había que arreglar un cadáver como que había que dar de comer, hacer una videollamada, ayudar a las enfermeras..." recuerda Ana (C289), terapeuta ocupacional de una residencia pública. Fisioterapeutas, educadoras sociales, terapeutas ocupacionales, trabajadoras de los centros de día, que, de repente, se quedaron sin poder ejercer su actividad, hacían la función de auxiliares, de limpieza, o se encargaban de los contactos con los familiares. "Hemos ido a lo que hacía falta", nos decía Carla, animadora sociocultural (C214). Se hicieron trabajos de menos categoría, pero también de más. Ante la falta de enfermeras, hubo auxiliares que, teniendo más experiencia, o siendo estudiantes de enfermería, asumieron funciones que estaban por encima de su cualificación, como fue el caso de Nabila (C102), de Jenny (C286), de Paulina (C187), o de Vivian (C168).

Paulina (C187), que se entregó al máximo de sus fuerzas, agobiada por su trabajo, no recibió el apoyo ni los medios que requería para poder asumir todo lo que debía resolver. Hace una traslación de lo que sucedió en la pandemia con las condiciones laborales de las que se queja. Está contratada como gerocultora, a pesar de "ser TCAE". Como gerocultora tiene una condición laboral muy baja, que como TCAE sería superior, por el perfil y conocimientos sociosanitarios que implica. Habitualmente, estando en el turno de noche donde no hay personal de enfermería, tiene que hacer funciones que no le corresponderían como TCAE, pero mucho menos todavía como gerocultora, que es por lo que la contratan. La pandemia tensó hasta tal extremo esta situación ya presente en su cotidianeidad, que le generó una crisis de ansiedad y tuvo que pedir la baja:

> …una noche al llegar al trabajo me encontré un papel con un listado de a quién le tenía que poner mórficos. 'Y si le pasaba esto, si le pasaba lo otro…', digo, 'no, no, no, no, este no es mi trabajo. Ponme un horario, una pauta. Porque yo no pongo un mórfico como si le diera un caramelo'… ¿sabes? Y ya, llegó un momento, una noche que me senté en el ordenador y no me acordé de mi clave para entrar, y allí tuve miedo. Porque me sentía responsable. Entonces dije: 'No, no, no. Porque no. Me puede pasar algo que me quede bloqueada y ponga en riesgo la vida de algún residente'. Me retiré. Me retiré. Porque… la última noche que puse cuatro

> mórficos me sentí mal. Hay miradas que no, no, no, no he olvidado todavía. ¿vale? (Paulina, C187).

Los traslados de habitación de las personas residentes fueron algunas de las actividades que generaron más angustia y ocuparon un tiempo que se añadía al tiempo de trabajo habitual. Al referirse a los protocolos emanados desde las autoridades sanitarias, las directoras nos han repetido hasta la saciedad que "una residencia no es un hospital", y lo que implicaba hacer traslados de habitación lo confirman las encargadas de hacerlo: "movilizar [a una persona residente] significa, movilizar su armario, su ropa, adaptar una habitación, desinfectarla" (Jenny, C286). Desinfectar una habitación implicaba hacerlo a fondo: limpiar armarios, cama, ventanas, paredes, todo. Y en esto auxiliares y trabajadoras de la limpieza formaron un tándem en muchos lugares, al que ayudaba también quien pudiera. Todas las manos se necesitaban. Y no bastaba con un solo traslado. Cada vez que se detectaba una persona infectada había que cambiar de zona a varias residentes. El esfuerzo fue muy grande.

La atención directa de las residentes también ocupaba más tiempo del habitual. Había que atenderlas una a una, confinadas en sus habitaciones cuando estaban contagiadas, con todo lo que ello implicaba para las cuidadoras. Antes de entrar en la habitación había que ponerse dos mascarillas, las gafas, la pantalla. Y también el buzo, recién desinfectado y con fuerte olor a lejía, que las ahogaba: "si no te mataba el calor", dice Jenny (C286), "te mataba el olor a lejía, que te peinaba todo el cuerpo (...) Salía colocada, me hice una yonki de la lejía". Y al salir de la habitación, vuelve a empezar para entrar en otra. Lily (C290), responsable del equipo de gerontólogas, narra con detalle los obstáculos físicos y las secuelas de trabajar con todo el equipo de protección, así como el tiempo que requiere y la incomodidad que comporta:

> Es muy incómodo. Realizar el trabajo de cuidados con ello es horroroso. Ahora mismo solo es con una FFP2 y una mascarilla quirúrgica protegiendo la FFP2. Las auxiliares que están en la zona de atención normal se ponen un delantal de plástico y guantes, y cada vez que pasan de un residente a otro se lo cambian. Las que usamos gafas, es horroroso porque se nos empañan. Hay personas que sudan demasiado y la mascarilla está empapada. Ya no te digo cuando tienes que trabajar en una zona roja que tienes que ir con la protección total de gafas, pantalla, bata... Eso es un agobio. (…) Hay muchas compañeras a las que el lóbulo de la oreja se les destrozó. Salían después de sus 12 horas con toda la cara marcada. (Lily C290)

Las visitas de familiares han supuesto también cambios en la organización del trabajo y de los tiempos. Se ha tenido que trasladar a las personas residentes a terrazas o zonas abiertas que posibilitaran ver a sus familiares, organizar las visitas, adaptar nuevos espacios, siempre con vigilancia de quien entra, quien sale y qué se hace. Para algunas trabajadoras ha implicado adaptarse a los protocolos que marcaba cada residencia, limitando los espacios y tiempos de las visitas. Carla que no podía ejercer sus funciones de animadora sociocultural se encarga de gestionar la logística de las visitas de familiares:

> Para las visitas los familiares no pueden entrar a la residencia, entonces se hacen en la recepción que hay como un par de salitas. (…) La residencia es un poco incómoda, muy laberíntica. Es antigua y no es funcional para este tipo de cosas. Como no hay gente somos la terapeuta y yo las que nos tenemos que encargar de las visitas familiares. Eso conlleva ir a por las señoras, que alguna va en silla de ruedas, hay que vestirlas, hay que llevarlas al baño, ponerles el audífono...Hay que subir, bajar, que si las sillas de ruedas, que si la gente anda muy mal. Lleva muchísimo tiempo. (Carla, C214)

El personal de las residencias ha tenido que asumir también otro tipo de tareas que no entran dentro de sus funciones: limpiar, vestir, preparar, trasladar, mover cadáveres. El fallecimiento de las personas residentes no solo ha sido duro por la impotencia que causaba a las trabajadoras no haber podido hacer nada para salvar sus vidas, o por la tristeza de ver morir a personas que han cuidado con las que han creado lazos de afecto. La muerte tiene también

una dimensión material, física, corporal, con la que han tenido que enfrentarse las trabajadoras. Ante la imposibilidad o negativa de las funerarias para hacerse cargo de los cadáveres, sus funciones han sido asumidas por las residencias y las trabajadoras han tenido que hacer frente a ello, a menudo, con cierta sorpresa y sin previo aviso, como relatan Ana y Estíbaliz:

> Lo que no podíamos permitir es que una persona que está viva, conviviera, con un fallecido en la cama de al lado, entonces había que llevarles a salas y los hemos tenidos que llevar nosotros. Tanto el director, como el de limpieza o yo, o la terapeuta o la auxiliar, cualquiera, hemos estado trasladando cadáveres. Y no es un cadáver, son personas con las que estamos viviendo todos los días. Para mí no es un señor que me he encontrado muerto, es que llevo cinco años trabajando todos los días con ellos. Te hablo yo, pero te hablo en nombre de todo el personal. (Ana, C289).

> Para mí lo más duro que viví fue que de esta unidad había un *hall*, otra puerta y ya estábamos trabajadores en la unidad que te digo covid. Hay una persona fallecida y, claro, el personal de dentro saca el cadáver, lo deja como en el *hall*. Y en ese *hall* estaba la jefa de enfermeras esperando. ¿Pero qué pasa? Tú estás en un espacio como esto y ahí está el cadáver en la camilla y me hace ayudar. Porque claro, tú no puedes trasladar una camilla sola. 'Abre la puerta', me decía, 'venga, Estibaliz, por los pies'. En esos momentos tú no piensas, actúas. Porque lo que hay que hacer es sacar ese cuerpo que lleva covid y trasladarlo a nuestro propio tanatorio, uno pequeñito. Pero de primeras hay que bajarlo. Ha sido el momento [resopla]. No me lo esperaba, ¿qué hacía yo ahí? Yo estaba con mi EPI y con un procedimiento de desinfección que lo fuimos improvisando, porque a nosotros nunca se nos había muerto una persona en [residencia] que podía contagiar con el cuerpo muerto. (…) Claro, yo sabía qué tenía que hacer después de pasar una persona con covid, pero yo estaba esperando a la persona para echar una mano, no para llevar un cadáver. Te adaptas, pero es muy fuerte. (Estíbaliz, C299).

Con todo ello, la calidad del cuidado se resintió seriamente, sobre todo en los momentos iniciales de la pandemia, a pesar de los esfuerzos realizados por las trabajadoras. A veces porque no daban abasto, a veces porque las personas suplentes sin formación no tenían la manera de resolver cuestiones básicas. Todas estas circunstancias (el caos inicial, los confinamientos en habitaciones de las personas residentes, las fumigaciones, los traslados de habitación o los traslados a otros centros) generaron verdaderas situaciones de deshumanización y de trato malo, que las propias trabajadoras han vivido con angustia y tensión. Ha habido residentes que, por ejemplo, no han llegado a comer ni a recibir la medicación en alguno de los turnos (las bandejas quedaban intactas dentro o fuera de la habitación), o que "podía estar todo el día solo y nadie ni siquiera hacerle la higiene" (Nerea, C017). Tener las pertenencias dentro de bolsas de basura es tal vez el símbolo del trato malo sufrido por las personas ancianas, que tuvo que hacerse cuando llegaba la UME a fumigar, o a la hora de llevar a cabo traslados. Afectaba directamente a su dignidad y a su identidad, tan difícil de gestionar en las últimas etapas de la vida (GRENIER, 2006; GALČANOVÁ y KAFKOVÁ, 2018). A Paulina (C187) le impactó ver cómo las pertenencias de las personas residentes se habían agrupado en bolsas de basura cuando fueron a fumigar. "¿Tanto, tanto tienen que sufrir estas personas a esta edad?", nos dice. Como hemos señalado antes, Raquel (C034) explica con consternación cómo se trasladaron las personas residentes a otros centros: sin previo aviso y llevando en bolsas de basura algunas de sus pertenencias, que apenas llegan a lo mínimo.

4.5.4. "COMO UN ASTRONAUTA": EL CUIDADO CON MEDIDAS DE PROTECCIÓN

Una vez se pusieron a disposición de las trabajadoras los materiales de protección necesarios, en las entrevistas se narran de forma generalizada los inconvenientes de prestar cuidado llevando un EPI. Fundamentalmente, se argumentan dos razones: por un lado, las implicaciones físicas (molestias, dificultad de movimiento, calor…) a las que hemos apelado

anteriormente, y, por otro, la dificultad de desarrollar la dimensión corporal y relacional del cuidado:

> Para empezar el trabajar con un EPI, o sea, eso es una de las cosas que más temo yo de empezar otra vez con la covid. Vas como un astronauta y te miran como a un astronauta. Entonces la relación, por muy cariñico que quieras hacer, que quieras decir: 'Ay, bonita, qué tal estás, qué no sé qué', tú vas ahí toda emplasticada y aquello es… Y entre las gafas, que se nos empañan, las gafas, que nos duelen detrás de las orejas, que no sé qué, ya el trato no puede ser igual. (Carmen, C045)

La metáfora del astronauta ha sido muy recurrente en las entrevistas llevadas a cabo en diferentes comunidades autónomas a la hora de describir el trabajo con medidas profilácticas. El cuidado tiene una dimensión material, un requisito de presencia corporal, de contacto físico. La imposibilidad de la interacción "cuerpo a cuerpo" se vive como un obstáculo para desarrollar el trabajo de cuidado, pues implica tener que llevar a cabo un cuidado "sin piel". Como reconoce Maria (C013*), mantener la distancia de seguridad y trabajar con EPI "te separa un poco la relación que tienes con él [la persona residente], no es como era antes, porque claro, no te puedes acercar tanto". En la misma línea apuntan Rosa (C176): "Nos hace tener un trato más frío, claro, no podemos tener ese contacto humano. Ha cambiado mucho"; Juana (C175): "Pero es que las tocas con miedo, por muy limpias que las tengas [las manos]. Antes llegabas, les dabas un abrazo, un beso, pero ahora eso ya no puede ser"; y Ana (C289): "El abrazarles, el darles besos, todo eso se ha parado. Muchos te echan las manos y los brazos y te dicen: '¡ya no me quieres!' Eso es terrible…". Rafaela (C033) que trabaja en una residencia para personas con discapacidad, enfatiza que el trato con ellas se transforma, porque ya no la reconocen, porque aquel vínculo que se genera en el día a día, se corta físicamente de forma abrupta y radical, aunque tan solo sea por el simple hecho de llevar una mascarilla. Con el traje entero todavía es peor:

> No podemos tocarnos… y cuando nos vieron a todos con mascarilla, ¿cómo le explicas tú, a un chico discapacitado grave, con un problema en el lenguaje grave, ¿cómo le explicas tú, a él, que llevas mascarilla y que no se puede acercar a ti? Cuando durante seis años te ha estado dando besos y abrazos todo el tiempo… (Rafaela, C033)

Rafaela (C033), Mari Luz (C130), Rocío (C231), Alicia (C232) y María José (C234) son limpiadoras y todas ellas explican que mientras hacen su trabajo también hablan con las personas residentes, las conocen y han llorado por quienes han fallecido. La palabra, la conversación, son esenciales en nuestra vida de relación y en cualquier práctica humana. Cuidar es, también, barrer y hablar. Así lo señala Pascale MOLINIER (2013) refiriéndose a los trabajadores de limpieza en un hospital: estamos para recoger polvo y palabras.

A pesar de estas dificultades para ejercer un buen cuidado, en las residencias se han tejido estrategias, como señala Carmen (C045), para "humanizar" la situación y poder recuperar la dimensión relacional del cuidado. Eloísa DEL PINO *et al*. (2020: 97) subrayan que "humanizar la atención y el cuidado de las personas implica otorgar igual importancia a sus necesidades físicas, sociales, emocionales y psicológicas (…) [supone] garantizar que vivan en un entorno que favorezca una vida sana a nivel físico, emocional y social". Por tanto, el desarrollo de la dimensión relacional del cuidado resulta crucial a la hora de atender a personas mayores y con discapacidad que, a menudo, sienten soledad, o tienen problemas cognitivos, de vista o de audición.

Una de las estrategias que han desarrollado las trabajadoras cuando han tenido que llevar EPI ha sido el lenguaje no verbal, la comunicación a través de gestos. Julia (C075) lo condensa en una metáfora muy expresiva: "hemos aprendido a sonreír con los ojos". En la misma línea, Raquel (C034) señala que tiene "una implicación muy personal" para con las personas

residentes, y relata que en el centro donde trabaja abrían ventanas y puertas para que no se sintiesen "como en una cárcel"; también dice que cantaba y "hacía payasadas", "para llevar un poquito de alegría por lo menos". Sara, Rita y Nabila (C102*) relatan cómo ponían etiquetas con sus nombres en los monos que vestían para que las personas residentes las pudieran reconocer y narran que se referían a los monos como disfraces: "¿has visto mi disfraz de boda?" preguntaban. El humor supone también reírse de una misma y se torna una estrategia recurrente a la hora de lidiar con la vulnerabilidad que implica el cuidado. Como señala Pascale MOLINIER (2011), a menudo, para hacer soportable la evocación de la experiencia del cuidado es necesario distanciarse, liberarse de la carga emocional, de modo que el miedo y la vulnerabilidad no se niegan, sino que "se recrean y se domestican".

Con todo, sale a la luz la tensión entre la dimensión material del cuidado, la atención "básica" que comporta cubrir las necesidades fisiológicas de las personas, y la dimensión intersubjetiva y relacional, que permite la creación de vínculos (MOLINIER, 2011; PAPERMAN, 2011). El relato de Carmen ejemplifica dicha tensión, al tiempo que resulta expresiva de la dimensión relacional del cuidado, pues cuenta cómo en el contexto de excepción causado por la pandemia y sus restricciones, se resignifican gran parte de los elementos cotidianos del cuidado, como, por ejemplo, afeitar a una persona:

> O sea, porque la gente dice: 'Es que les han dejado morirse en las residencias'. Bueno, pues igual no tenemos que decirlo de esa manera, pero se han estado muriendo en las residencias. Que les hemos cuidado, les hemos lavado, les hemos atendido, pero en lo básico. (…) Ya llegó un momento que nos trajeron maquinillas para afeitar. ¡Jo!, pues a mí me encantaba afeitarles porque por lo menos pasabas aquel rato, ya les afeitas y aquello humanizaba un poco. (Carmen, C045)

Pasados ya meses desde las etapas iniciales de la pandemia, se ha ido normalizando la situación y se han ido recuperando algunas de las actividades que se habían dejado de hacer. No obstante, ha habido muchos cambios, ya no es lo mismo, nos dicen las trabajadoras. Evitar el contacto físico y el propio uso de las mascarillas tiene consecuencias en las relaciones establecidas con las personas residentes. En algunos centros habían eliminado batas y uniformes para generar más horizontalidad y mayor cercanía entre cuidadoras y residentes. Los avances que se habían logrado, por pequeños que fueran en la ACP, se han visto seriamente frenados:

> Has de ir con una bata, y nos hemos podido sacar la pantalla de delante, pero llevamos la mascarilla y esto el abuelo lo nota. (…) Esto te separa un poco del abuelo y la relación que tienes con él no es como era antes, porque, claro, no te puedes acercar tanto. Haces el trabajo igual, pero si antes lo abrazabas o lo acariciabas, ahora ya no lo puedes hacer y la relación es diferente. Físicamente y también psíquicamente: la afectiva, la afectiva es la que se nota mucho. (Maria C013*)

4.5.5. "REMAR TODAS EN EL MISMO BARCO" O "HACIENDO PIÑA": ESTRATEGIAS INDIVIDUALES Y COLECTIVAS PARA ENFRENTAR LA SITUACIÓN

Para hacer frente a las múltiples dificultades y situaciones adversas generadas por la pandemia el personal de las residencias ha desarrollado numerosas estrategias individuales y colectivas. Como hemos señalado anteriormente, contravenir los protocolos y directrices por parte de las directoras y gestoras, para permitir la presencia de familiares en situaciones de final de vida, así como no prohibir la movilidad de las personas residentes diagnosticadas con covid en algunas zonas concretas de los centros son un ejemplo de ello y ponen de manifiesto su agencia y capacidad de liderazgo. No han sido las únicas.

El sentimiento de colectividad ha aflorado y se ha incentivado a lo largo de la pandemia (LÁZARO, *et al.*, 2020): la sensación de "remar todas" en el mismo barco (Alba, C251). Las experiencias de confrontación con la muerte, la rutina de los fallecimientos, dieron lugar a duelos colectivos para paliar las secuelas psicológicas. En este contexto emergen estrategias de autocuidados, como el apoyo mutuo. Se exacerba la solidaridad interna, como se manifiesta en la expresión "hacer piña". Prevalece el sentimiento de *communitas*, que, como define Victor TURNER (1980) es el momento y el espacio social en el que las leyes jerárquicas de la estructura se difuminan hasta desaparecer. Se relaciona a su vez con el concepto de "liminalidad", que caracteriza esta ruptura o desdibujamiento de las fronteras que separan colectivos y establecen jerarquías. Jenny explica cómo el esfuerzo mutuo que realizaron auxiliares y limpiadoras generó un fuerte vínculo entre dos colectivos que previamente trabajaban de manera separada y sin apenas relación. Estíbaliz, gobernanta de limpieza, subraya la importancia de generar liderazgos que animen y busquen el empoderamiento de las trabajadoras, un liderazgo en clave positiva:

> Antes estábamos montados en una rutina de levantar, bajar y a lo mejor no mirábamos a la chica que entraba a hacer la habitación. Pero no es por un desprecio, es porque teníamos unas actividades tan marcadas que no tenías este momentito de decir: 'qué, ¿nos tomamos un café?' (Jenny, C286)

> Ha habido días que el ordenador de mi oficina ni lo he tocado, ahí con ellas: 'Venga que tú puedes'. El ánimo… a mí no me ha visto nadie llorar. Al revés. Al final te haces de una pieza fundamental de mucha gente, en el trabajo, no en la vida personal. 'Y si esta puede, yo también'. Es que en ese momento el liderazgo positivo ha sido muy importante, no la orden por la orden, ¿eh? Y además de 'Quieta, ya lo hago yo'. Y una vez les dije: 'Voy a ser vuestra voz' y ella dijo: 'No podemos tener mejor voz. Porque no lo has visto, lo has vivido'. (Estíbaliz, C299)

Hicieron piña las trabajadoras que se encerraron con la directora de una residencia de Cataluña para evitar que trasladaran a las personas residentes hacia otros centros (entrevistas C101, C102, C103). La piña no solo era entre este núcleo interno, sino que su alcance era mucho más amplio, tal como lo expresan en un manifiesto que hicieron público el 11 de marzo de 2020. Los agradecimientos incluyen a familiares, directora, trabajadoras implicadas, residentes, empresas proveedoras y familiares de las trabajadoras (por proporcionar alimentos). La situación de *communitas* se hizo evidente entre quienes participaron en el confinamiento voluntario, ha revertido en una mayor cohesión entre trabajadoras y dirección, y también empoderamiento, pues todas ellas explican orgullosas cómo consiguieron tomar las riendas de la situación, desde la valentía y el compromiso. Esta piña generó, al mismo tiempo, distancia respecto a las trabajadoras que no se implicaron en el confinamiento a pesar de haberlo podido hacer. La reincorporación de estas últimas se vivió de forma extraña, nos dicen Nabila y Rita (C102*): "Perdimos la confianza".

También hicieron piña las trabajadoras de una residencia pública de Madrid, según nos explica Ana, terapeuta ocupacional. A primera hora se reunía todo el equipo técnico y se diseñaba el plan del día, que cambiaba respecto al anterior y respecto al siguiente. Hubo solidaridad entre las trabajadoras y entre las trabajadoras y la dirección:

> Hablamos mucho ese tema ahora. Decimos que la parte positiva del covid ha sido la solidaridad que se ha despertado y el buen ambiente que a día de hoy continúa. Ahí no había categorías, ahí éramos todos iguales, el director el primero. Te hablo de mi residencia, hay otros sitios que no. En mi residencia desde el director hasta el que está en recepción, el que limpia, cocinero, todo el mundo, hemos estado al pie del cañón. Es verdad que ha habido muchos momentos emotivos. Hemos llorado mucho, hemos reído, hemos llegado incluso a hacer momentos de cantar con los abuelos que salían de la zona peligrosa. Pues bueno, hemos vivido de todo. Ha unido muchísimo, yo creo que esa es la parte positiva. Ha sacado la parte

> buena del ser humano. La gente que lo hemos vivido nos hemos quedado tocados para mucho tiempo. Para bien, me refiero. Ahora mismo que estamos mucho más tranquilos, que no tenemos a nadie positivo en la residencia, el trabajo es mucho mejor. Esto nos ha unido mucho. Lo que antes era una tontería de 'cuánto trabajo tengo' pues ahora es que queda ridículo. (Ana, C289)

El cuidado mutuo y la cohesión intragrupal se expresan, por ejemplo, en elementos simbólicos como la iniciativa de una trabajadora que regala chapas de cartón con el nombre de la residencia y las fechas a sus compañeras como recuerdo de su trabajo en el centro (Carmen, C045), o en los vídeos que grabaron en la residencia en la que trabaja Alba (C251), que fueron emitidos en la televisión pública vasca: "Salían un montón de noticias de residencias en la tele y era como ¡no hombre!, si nosotros estamos bien. ¡Que sí se puede!", relata. Desde un sentimiento de responsabilidad hacia las personas residentes y hacia sus familiares, las trabajadoras se han volcado en el trabajo, para poder hacer frente a la crudeza de las situaciones vividas.

También han sido cruciales las estrategias que se han ido tejiendo a nivel externo, a través del apoyo recibido por parte de otros agentes como familias, asociaciones de familiares o sindicatos. Sarai (C238), por ejemplo, reconoce que, si bien también ha habido quejas, "en general hemos recibido más reconocimiento que críticas". Mediante la activación de las redes comunitarias, de las que ya hemos hablado de forma más extensa en un apartado anterior, han primado las estrategias informales de autocuidado, lo que ha dejado en evidencia la inacción de las Administraciones públicas a este respecto. Además, en algunos contextos la presencia de los sindicatos ha sido importante, principalmente a la hora de denunciar la dejación administrativa y las situaciones de vulnerabilidad que han sufrido las trabajadoras, tal como explicaba Montse Sedó (C127), de CCOO de Cataluña. En el País Vasco, con una trayectoria importante en movilizaciones, a la par que se ha hecho este tipo de denuncias, se ha evitado responsabilizar de forma desmedida a las directoras y gerentes de los centros, pues se entiende que también son trabajadoras. Así lo relata Jasone, responsable del ámbito sociosanitario de Gipuzkoa del sindicato ELA:

> Por parte de la diputación fatal, porque fue una improvisación en toda regla. Y, a raíz de que no teníamos respuesta ni nada, pues empezamos también a hacerlo público, hicimos una nota de prensa el 20 de marzo, el 21, y ya empezamos a ir paso a paso. El 23 fuimos a la mesa de crisis del Gobierno Vasco a denunciar que no había material, qué iban a hacer, qué plan a largo plazo tenían, o a corto (…). Era una situación grave y al final toda la responsabilidad siempre iba o a las direcciones de los centros, que al final las directoras muchas veces, son trabajadoras, a mí me mandan y yo lo hago como puedo, a las direcciones y a las trabajadoras. Y eso, pues metimos un escrito, fuimos a la mesa de crisis, solicitando EPIs, los protocolos de desinfección. Luego a finales de marzo ya fuimos a todas las diputaciones, también al Ministerio de Sanidad a nivel estatal y no obtuvimos respuesta tampoco (…) Y, bueno, decidimos interponer demandas a las empresas y a diputación, en los tres territorios, Gipuzkoa, Bizkaia y Araba. (Jasone, C242)

A pesar de las denuncias interpuestas públicamente y de las demandas, la respuesta por parte de las Administraciones no ha sido satisfactoria, "nadie hace caso", lo que provoca frustración (Jasone C242). Con lo cual, desde el ámbito sindical se han desarrollado otro tipo de estrategias colectivas. Por ejemplo, el desempeño de una labor de apoyo emocional, "hacía de psicóloga", dice Jasone, así como de asesoramiento para empoderar a las trabajadoras, como describe Maitane (C330), responsable del ámbito sociosanitario de Araba/Álava del sindicato ELA. Además, se pone de manifiesto la importancia de las movilizaciones, como las huelgas, a la hora reivindicar derechos laborales y conseguir mejoras, a pesar de que también tengan sus limitaciones por los servicios mínimos impuestos desde las Administraciones públicas, que en algunos casos han sido del 100%, lo que vulnera los derechos de las trabajadoras. Por tanto,

las huelgas han sido "totalmente simbólicas", aunque no por ello dejan de ser una herramienta importante:

> La huelga no está en el centro de trabajo. Nuestra intención no es que los abuelos estén desatendidos o que todas salgamos o tal, no. La huelga está en la calle y la idea es que la mayor gente posible salga de sus centros de trabajo y que llenemos las calles. Entonces, un poco, ahora, con la pandemia, la huelga se ha quedado en nada y eso es totalmente denunciable y es vergonzoso porque les estás quitando el derecho, así que bueno, un poco así. (Jasone C242)

4.5.6. LA SALUD DE LAS TRABAJADORAS: REPERCUSIONES FÍSICAS Y PSICOLÓGICAS

La crisis sanitaria ha tenido un gran impacto en la salud de las trabajadoras de residencias. Muchas de ellas han contraído el virus, pero, además, las situaciones vividas han ocasionado otros daños. La sobrecarga de trabajo, el riesgo de contagio, la inseguridad, la impotencia, el miedo, han causado agotamiento y daños psicológicos importantes: ansiedad, estrés, trastornos compulsivos, somatizaciones…

Lidiar con la muerte y con las situaciones de final de vida de las personas residentes ha sido uno de los aspectos más difíciles que han tenido que enfrentar las trabajadoras de las residencias. Insistimos nuevamente que el trabajo de cuidado comporta una relación cotidiana durante meses, años: se generan vínculos con las personas residentes y su muerte tiene un importante impacto emocional. Estíbaliz (C299), por ejemplo, lloraba cada vez que llegaba a casa, pero "no lloraba con berrinche, se caían las lágrimas de tristeza" al ver que cada día era peor. Ver los resultados de las PCR le "hacía temblar": "¿cuántos más? Es que fueron muchos (…), cuarenta y pico personas". También han tenido que gestionar el duelo con las familias a la hora de comunicar los fallecimientos. Paulina (C187) señala que, a menudo, como respuesta, recibía "gritos al otro lado del teléfono" porque no entendían por qué había fallecido su familiar, ya que el día anterior habían hablado con él: "Todas las noches así", recuerda.

Pili y Alicia (C232) hablan del cansancio extremo que padecían: cuando llegaban a casa "era acostarte, tomarte una pastilla, un paracetamol, y ya está. Y al otro día lo mismo". Además, Alicia cuenta que pasó "a la ansiedad directamente en el momento en que yo vi el comedor vacío y a la gente metida en las habitaciones…". Carla (C214) admite que se obsesionó con la muerte, que no dejaba de pensar en ella, y sentencia: "Con esto ya son 20 años más encima". María José (C234) perdió más de diez kilos, como hemos explicado en la viñeta que le hemos dedicado, debido al shock que le causó encontrarse con cadáveres. Ana (C289), haciendo referencia al riesgo asumido, denuncia la incapacidad del sistema para hacer frente a la situación: "no hemos muerto porque no tocaba, no porque nos hayan atendido". Juan, enfermero, se derrumbó el día en que recibieron en la residencia 50 ampollas de Mediazolam (un sedante de uso hospitalario) que, antes de la pandemia, nunca se les había suministrado:

> Yo mismo, que me considero una persona fuerte, formada, y que cojo al toro por los cuernos (en ese aspecto soy valiente), cuando vi las ampollas de Mediazolam me eché a llorar y antes, contándolo, casi rompo a llorar, porque tienes miedo y, ya no por ti, miedo a lo que te vas a encontrar. Y ha habido gente que no lo ha soportado. (Juan, C257)

Muchas trabajadoras sintieron ansiedad al inicio de la pandemia, por la incertidumbre de la situación y por tener que confrontarse directamente con la enfermedad y la muerte sin protección adecuada, en un contexto de incertidumbre en el que se negaba la existencia misma de la enfermedad, aunque hubiera evidencias de su impacto (Paulina, C187; Irati, C070; Vivian, C168; Rocío C187). Algunas se sintieron desamparadas cuando tuvieron que enfrentarse a situaciones límite, como relata Paulina de forma muy gráfica:

> (…) yo me fui por ansiedad, que es otro tema del que no se ha hablado mucho (…) se ha vendido un miedo, pero no era un miedo, era una crisis de ansiedad. Y era un miedo justificado. Miedo, que cuando tu llevas días, días y días, donde tú estás pidiendo una mascarilla y te están diciendo que no, donde tú estás viendo síntomas en los residentes y te están diciendo que 'claro, que con la edad que tienen pues es normal que le pongamos oxígeno para darle una ayudita'. Cuando tú ves que los síntomas coinciden claramente con un covid pero que como no hacen PCRs, ni a ellos ni a nosotras, no sé… Es que era curioso que en los centros había bajas [de personal], fallecían los residentes, y no había covid. ¿Por qué? Porque no había PCRs. En mi centro, hasta el mes de abril no se habló de covid. (Paulina C187)

Las secuelas físicas y psicológicas causadas por la pandemia ocupan gran parte de los relatos de las trabajadoras. Narran cómo han vivido "diferentes fases del miedo" (Rocío, C231) y que la llegada de EPI marcó un punto de inflexión en su estado anímico (LÁZARO *et al.*, 2020). Carmen (C045) que ya padecía trastornos de ansiedad, admite que la pandemia agravó su estado, se encuentra en tratamiento psiquiátrico y afirma haber estado trabajando todos los días tomando ansiolíticos. Rocío (C231) presenció la muerte de su gobernanta sin que pudiera hacer nada por ella y considera que su responsabilidad le generaba un estrés superior al de las propias trabajadoras. Irati explica que se tomaba una cerveza antes de ir a trabajar para poder enfrentarse a una situación que la superaba y acabó pidiendo una baja laboral:

> '¿Yo qué necesidad tengo de vivir esto? ¿Y el mal sabor de boca de que las instituciones no hacen nada? ¿Y el dolor de ver a los abuelos que están bien que te están diciendo que se quieren morir porque para vivir así encerrados en un cuarto, que prefieren estar muertos?'. Pues, dije: 'Hasta aquí hemos llegado'. Me hizo el cortocircuito y le solté a mi jefe, le dije: 'Me quiero pirar'. Y mi jefe, así... ¡una sonrisa!... ¡unas ganas de quitarse de encima a Irati! [ríe]. (Irati C070)

Las risas que cierran la narración de Irati ponen de manifiesto la necesidad de distanciarse del dolor a través del humor, de "burlarse de sí misma" (MOLINIER, 2011). En su relato, como en el de muchas otras, se mezclan las risas y los llantos, porque las situaciones vividas han sido trágicas. Además, dada la prohibición de las salidas y de las visitas de familiares, el personal de los centros se convirtió en el principal agente de contagio, sobre todo, en los momentos más duros del confinamiento. La conciencia de poder ser quien hace entrar el virus en la residencia provoca gran angustia y miedo. El relato de Alba, educadora social, es muy representativo en este sentido:

> Ibas con un poco de miedo en plan '¿y si soy yo la que le mete el bicho…?' (…) Al principio fue muy duro, muy agobiante, un miedo en el cuerpo… Y del agobio dices: 'bua, ojalá que entre y que sea otra [la que meta el bicho] y así te quitas esta mierda de encima', fíjate… O sea, pensar eso ya era como… duro, duro. (Alba, C251)

Por ello, de forma generalizada, las trabajadoras se autoperciben como cuerpos contaminantes. De ahí la necesidad de protegerse en su trabajo para proteger, a su vez, a las demás personas. En su libro *Pureza y peligro*, Mary DOUGLAS (1973) explica la necesidad de generar ritos de purificación para alejar la suciedad (real o metafórica), percibida como un peligro para una misma y para los demás. Y así lo hacen las trabajadoras con las rutinas de limpieza y desinfección adoptadas, y que hemos explicado anteriormente. Carmen (C045) narra que sentía "la sensación de tener suciedad encima", lo que la impelía a utilizar la lejía y otros desinfectantes con profusión: "el lavarte era como que te purificabas un poco". En la misma línea se expresa Juana al relatar cómo la lejía y otro tipo de desinfectantes estaban presentes en su día a día de forma incluso exagerada y obsesiva:

> Mira, yo no te digo que nos laváramos en lejía aquí y allí, pero nos falta echárnosla por encima. Los EPIs los desinfectábamos de arriba abajo, éramos un poco exageradas con la limpieza, con

> la desinfección. Muchísimo, muchísimo. Cuando vino la enfermera de Médicos Sin Fronteras nos dijo que nos estábamos pasando un poco, que no hacía falta tanto. (Juana, C175)

Preservar el bienestar de las personas residentes, y no tanto el suyo propio, se convierte en la mayor preocupación del personal de los centros. Su actitud refleja "una disposición ética basada en la responsabilidad y la atención a las necesidades y juicios de los demás" (VEGA-SOLÍS, 2009: 83), característica de la ética del cuidado (GILLIGAN, 2013; TRONTO, 1987). No obstante, tal predisposición se torna privación (MURILLO, 2006) cuando se antepone el bienestar de las demás personas al propio. Es el caso de Karen (C235), por ejemplo, que, si bien contrajo la covid y estuvo muy enferma, su mayor preocupación en todo momento ha sido haber contagiado a las personas residentes o a sus hijos, y no muestra preocupación por ella misma.

4.5.7. TRABAJO Y FAMILIA: UNA DIFÍCIL COMBINACIÓN

Llevar el virus a casa era otra de las grandes preocupaciones de las trabajadoras de las residencias. Todas las prevenciones eran pocas para evitar los contagios de sus familiares. Por ello, al llegar al domicilio se efectuaba una higiene minuciosa del cuerpo, así como la separación y lavado aparte de la ropa, a modo de ritos de purificación. Jenny, con humor, explica lo que hacía antes de entrar en casa, en una especie de "zona cero" neutra, segura:

> Bueno, yo tengo una frase, que es un poco dura, que yo digo que mis vecinos me han visto hasta el apellido. Porque yo me desnudaba en el rellano de la portería. Yo me quedaba en bragas y sujetador, para entrar a mi casa. Y cogía toda mi ropa, la ponía en bolsas, y cuando tenía cinco bolsitas, ponía una lavadora solo con mi ropa a la temperatura más alta que puede haber. (Jenny, C286)

Varias trabajadoras nos han explicado cómo redujeron de forma drástica los contactos con amistades e incluso con las personas más allegadas. Sonia (C057) cenaba habitualmente con su padre, que vive solo, y se emocionó cuando contaba que tuvo que limitarse a ir cada día debajo del balcón de su casa para saludarle, mantener el contacto y ayudarle a soportar la soledad. Jenny (C286) se abstuvo durante tres meses por lo menos de besar y abrazar a su hijo. "¿Gente que no duerme con su marido durante todo este período? ¡Muchísima!", nos dice Sarai (C238) y así lo confirman diversas trabajadoras. Rita (C102), que fue una de las auxiliares que se confinó en la residencia, también consideró que esto evitaría ir a dormir a casa y contagiar a sus padres. Irati temía contagiar tanto a su padre, ya muy mayor, como a su hijo, con problemas respiratorios, de manera que dejó el trabajo:

> Digo: 'Yo vengo con el bicho a casa y mi hijo que tiene problemas respiratorios', que aun como tiene seis años, este año le tienen que hacer las pruebas de asma y con todo este rollo, pues se ha quedado ahí. Pero ha tenido que tirar de ventolín un montón de veces en su vida. Y si yo lo llevo a casa y mi hijo se muere, o si yo lo llevo a casa y se muere mi padre que tiene cardiopatías e historias, ¿y por 900 y pico de euros? Y con las compañeras en mi centro de trabajo, dos de ellas, tres, encima, diciéndome que estoy exagerando mucho las cosas de cómo hay que llevar el protocolo, que no es para tanto. (Irati, C070)

El miedo al contagio se proyectó incluso hacia el futuro. En la residencia en que trabaja Juan no entró el coronavirus. Pero él, por precaución, se llevaba cada día una mochila en el coche porque en caso de contagiarse ya había decidido quedarse en la residencia. "¿Cómo llevo la conciliación?: con miedo", nos dice. Miedo por su hija pequeña y miedo por sus suegros que están con ella. Tuvo que consensuar con su esposa la opción de quedarse a dormir en la residencia y fue muy duro para él que ella, razonablemente, le dijera "prefiero que no vuelvas" (Juan, C257). Y no solo el miedo al contagio ha trastocado la cotidianeidad y las relaciones

respecto a familiares, también ha trastocado proyectos vitales, retrasando decisiones tan importantes como ejercer la maternidad:

> Antes de que pasara todo esto, habíamos pensado tener hijos, pero con esto ya no. Porque si a mí me pasa algo, que, ¿qué hago con ese niño?, claro, se lo daría a mi marido que lo cuidaría bien. Pero y ¿si él se junta con otra persona? y ¿si esa persona a mi hijo no lo quiere? O sea que no me puedo arriesgar a que le pase algo así. (Nerea C017)

La covid ha implicado cambios sustanciales en la vida de las trabajadoras a nivel familiar, pero también social. Han tomado muchas precauciones para evitar contagiarse a sí mismas y contagiar a otras personas, y prácticamente han dejado de hacer vida social durante un largo período de tiempo. Con todo, algunas han sufrido el estigma de trabajar en una residencia y verse rechazadas por ello, lo que han vivido como algo muy injusto. Amaia, enfermera, explica que cuando un compañero daba positivo, ella evitaba tener contacto con nadie más durante quince días:

> Y eso supone una sensación de aislarte más y que lo único que haces es trabajar, no haces nada más que eso, no ves a la gente. Eh… sí, es un poco complicado de gestionar. Los comentarios de la gente de 'tú no te sientes al lado mío, que mira donde trabajas', que es un poco medio broma, pero ya son una detrás de otra, molesta un poquito. Ya molesta. Porque te sientes que estás un poco fuera de todo esto. El día de Noche Buena y Noche Vieja me fui a trabajar simplemente por ese motivo y dices, bueno, si no quiero juntarme con nadie, que por lo menos sea productivo y pueda trabajar y que otra gente libre esos días. (Amaia, C295)

Combinar el trabajo en la residencia con las obligaciones familiares ha tenido también su dificultad en tiempos de la pandemia. La mayor carga de trabajo ha complicado atender las necesidades de los propios familiares, aunque esto es variable según sea la composición de los hogares, la implicación de las parejas y las actividades a realizar. En algunos casos a la carga laboral se añadió el incremento del trabajo doméstico y de cuidados, sin contar con la participación masculina (hijos o maridos, por ejemplo). Asumir estas obligaciones familiares está tan naturalizado que las trabajadoras lo han integrado en su normalidad (COMAS-D'ARGEMIR, 1995). Alicia (C232) decía llegar a casa reventada y, aunque reducía al mínimo las tareas domésticas, no se libraba de tener que ir a comprar, para ellos mismos, para su madre y ocasionalmente también para una vecina, sin que su hijo la ayudara. En el caso de Karen (C235) la situación fue más exagerada, pues incluso estando enferma de covid tenía que encargarse ella de todo. Solo su hija le ayudaba algo, pero no el hijo. A la pregunta de si se sintió cuidada, afirmó de forma contundente que no, que se sintió sola y que echó en falta a su madre. Era ella quien se levantaba para hacer la comida: "Yo, en mi habitación. Salía a hacer la comida con guantes, con mascarilla y con gafas. Me tocaba hacer la comida."

Han tenido lugar también otras situaciones, como explican Alexa (C071) y Rocío (C231), en que sus parejas, que hacían teletrabajo, se implicaron más de lo que hacían antes en las tareas del hogar. La pareja de Rocío podía estar con su hija y también se encargaba de hacer la comida y de recoger. Con todo, "no se ha muerto de estrés", nos dice riendo y comenta irónicamente que él le decía que "era una privilegiada" por poder salir de casa. Lo que destaca es que su hija la añoraba y quería estar más tiempo con ella, ya que se aburría de estar todo el tiempo en casa:

> Yo llegaba a las 4 de la tarde y, claro, y hasta las 5 ó 5:30 no estaba disponible, porque llegaba sin haber comido y sin ducharme. O sea, me tenía que duchar, me tenía que cambiar de ropa, tenía que meter las cosas en la lavadora… entonces, claro, hasta que no llegaban las 5 o las 5:30, no podía hacerle caso. (Rocío, C231)

Para las trabajadoras la pandemia ha sido algo más que una enfermedad y un peligro de contagio y de contaminación. Ha incidido, además, en las relaciones sociales y familiares y ha robado la capacidad de expresar corporalmente los sentimientos y emociones.

4.6. DEMANDAS Y REIVINDICACIONES DE LAS FAMILIAS

Abordamos aquí la movilización de familiares de personas residentes durante la pandemia, el tipo de colectivos que integran, las razones de su indignación, las acciones que han emprendido y sus demandas a corto y medio plazo, así como el resultado que han tenido hasta el momento. Cabe señalar que se trata de familias y colectivos de naturaleza diversa, que plantean reivindicaciones también distintas, pero que, en la mayor parte de casos, como causa primera de su movilización comparten motivos de agravio y haber vivido una mala experiencia con una persona cercana (normalmente familiar directo) residente en algún centro. Se trata de experiencias que configurarán una posición crítica hacia las residencias (hacia alguna en particular o hacia el modelo que representan), postura que parte de un descontento previo en algunos casos, y en todos, sin excepción, del recurso obligado a la residencia para satisfacer la necesidad de cuidados de la familia (como se comentaba en el apartado 4.1).

4.6.1. PLATAFORMAS CIUDADANAS Y GRUPOS DE FAMILIARES

Los colectivos surgidos se diferencian en cuanto a tamaño y composición, momento de constitución, estructura organizativa, acciones que llevan a cabo o agenda de reivindicaciones. De manera general distinguiríamos dos tipos: 1) plataformas conformadas por cierto número de colectivos o ciudadanos/as a título particular, que llevan tiempo actuando y plantean cambios a nivel estructural respecto al modelo de residencias; 2) grupos de familiares de residencias concretas, organizados o reforzados a raíz de la crisis de la covid, cuyas quejas se centran en la gestión de la pandemia y sus demandas se dirigen a cuestiones más puntuales. No obstante, hay plataformas con una acción y una visión restringidas, y grupos de familiares cuyas reivindicaciones y actuaciones trascienden la gestión de la pandemia y apuntan a problemáticas amplias, como señalaremos.

En unos y otros encontramos a familiares de personas residentes en centros públicos de gestión privada, de titularidad y gestión públicas o de propiedad y administración privadas, y de todos los tamaños[48]. Para nuestro estudio hemos entrevistado (utilizando la distinción comentada) a las plataformas más significativas impulsadas desde Cataluña (Coordinadora de Residencias 5+1, Plataforma Afectados por Coronavirus), Madrid (Marea de Residencias) y País Vasco (Pentsionistak Martxan, Babestu, Irauli Zaintza); y a grupos de familiares de Madrid y Cataluña (concretamente, a los tres que se habían dado a conocer públicamente hasta enero de 2021). Detallamos las características de cada uno de los colectivos:

- La Coordinadora de Residencias 5+1 se forma en 2017 (hoy constituida como asociación), a partir de la lucha de familiares de cinco residencias públicas de gestión privada para que se le anulara el contrato a la empresa concesionaria por graves deficiencias en el servicio. Tuvieron éxito tras una campaña de lucha que llegó al Parlament de Catalunya, y que incluyó el encierro de familiares en las residencias, denuncias ante el Síndic de Greuges y la Síndica de Barcelona, sentadas en la plaza Sant Jaume de Barcelona o la recogida de 15.000 firmas. Justo antes de la pandemia trabajaba en una propuesta de resolución, a presentar en la Comissió d'Afers Socials i Famílies de la Generalitat de Catalunya, a favor

[48] Se toma como referencia lo descrito en apartados anteriores, lo que lleva a calificar como micro y pequeñas a las residencias de hasta 50 plazas; medianas, a las que tienen entre 50 y 100; como grandes, las que superan las 100 plazas; y las macro, las que superan las 300 plazas.

de la gestión pública de las residencias y de un cambio de modelo. Actualmente participan en la Coordinadora familiares de más de una veintena de residencias. Han presentado hasta cinco denuncias en la Fiscalía Superior de Justicia de Cataluña "por la constante vulneración de los derechos fundamentales que han supuesto las medidas y restricciones impuestas por la Generalitat de Cataluña en el contexto de la pandemia".

- La Plataforma Afectados por Coronavirus la impulsa Ángel Juárez, activista medioambiental de origen andaluz afincado en Cataluña, después de morir su madre en un hospital tras infectarse de coronavirus en una residencia pública concertada (caso que tuvo un gran eco mediático). Tras interponer una demanda judicial contra la Administración pública y con la complicidad de un bufete de abogados de gran prestigio en Madrid, decide poner en marcha, junto a un grupo de juristas, psicólogos/as y otros/as profesionales, la plataforma en mayo de 2020, para ofrecer un espacio de asesoría jurídica gratuita a familiares de residentes que se encuentran en la misma situación. El núcleo lo integran 20 personas, y la plataforma cuenta con un millar de personas afectadas en todo el territorio español.
- Marea de Residencias es una plataforma que aglutina a distintas agrupaciones (a su vez, plataformas que integran familias de distintos centros, como Unión de Residencias de Leganés) y a familiares a título individual en distintas partes del Estado español. Comienza su andadura en septiembre de 2019 para denunciar el modelo de gestión residencial, y da origen, asimismo, a la Asociación por los Derechos de los Mayores y sus Familiares (ADEMAF) en Madrid. La coordinación de Marea está formada por 25 personas, y en su grupo de Telegram cuentan con más de 200 inscritas. La plataforma lleva a cabo asambleas todos los miércoles. Antes de la pandemia, ADEMAF y Marea ya habían presentado querellas ante fiscalía contra alguna empresa gestora en Madrid.
- Pentsionistak Martxan nace en Bizkaia, en enero de 2018, como movimiento de pensionistas que reclama una mayor cobertura del sistema de pensiones y jubilaciones más dignas, focalizándose más adelante en la problemática de la dependencia y las residencias en alianza con Babestu, asociación que trabaja sobre cuidados y dependencia. Juntos crean una comisión específica de trabajo. Participan regularmente en las asambleas que realizan semanalmente entre 60 y 80 personas, oscilando las personas más o menos vinculadas entre las 200 y las 300. Junto a Babestu, promueve una denuncia a Fiscalía por la gestión de la pandemia en 19 residencias.
- Babestu Elkartea es una asociación que nace en 2016, en Bizkaia, para dar apoyo e información a familiares de residentes y para que el cuidado de las personas mayores en las residencias sea de mayor calidad. En concreto, han trabajado en torno a la concertación, el precio de las plazas residenciales y la situación de las residencias en general, aunque tratan el tema del cuidado a mayores de manera amplia. La junta directiva está compuesta por 7 personas que se dedican, sobre todo, a la divulgación, al contacto con las familias y a la coordinación con las demás asociaciones. Cuentan con unas 200 personas asociadas. El factor detonante para poner en marcha la asociación fue la huelga de las trabajadoras de las residencias de Bizkaia que tuvo lugar entre 2016 y 2017, a la que ya se ha hecho mención en apartados anteriores.
- Irauli Zaintza, cuyo nombre significa "Darle la vuelta a los cuidados", nace como plataforma impulsada por una decena de personas de tres localidades de la provincia de Gipuzkoa, unos meses antes de la irrupción de la pandemia: exsindicalistas, maestras, personas jubiladas o cerca de la jubilación…, a quienes unía la preocupación por cómo se resuelve la necesidad de cuidados, la situación que padecen las trabajadoras del sector y el deseo de generar una ley a nivel vasco que instaure un modelo más justo y humanizado

de cuidados. Buscan para ello alianzas en el movimiento de pensionistas, entre los partidos políticos (regidores y cargos medios, especialmente) y en la universidad, trabajando con juristas y sociólogas. Su actividad se intensifica con la pandemia, ofreciendo asesoramiento semanal en sus localidades sobre cómo afrontar de otra manera las necesidades de cuidados.

Por su parte, los grupos de familiares surgidos en residencias concretas se inician como grupos de apoyo mutuo entre algunas familias para compartir informaciones sobre lo que ocurre en los centros, arroparse y coordinar demandas frente a la dirección. En algunos casos constituyéndose antes de la pandemia (aunque esta intensificará su actividad), funcionan generalmente en base a grupos de Whatsapp, sin entidad formal, y reuniendo primero a los y las familiares que ya tenían cierto contacto en la residencia. El porcentaje de familias que participa en ellos es variable: por ejemplo, en el grupo de Noemí, en una residencia pública de gestión privada de Madrid, participaba aproximadamente el 50% de las familias; en el dinamizado por Azahara, en una residencia pública de gestión privada de las afueras de Barcelona, el 45%. Pero en el grupo de Gemma, en una residencia de gestión y titularidad pública en la provincia de Barcelona, tan solo un 20% del total. También resulta variado el perfil de las personas que los encabezan (una asesora comercial, una administrativa...), si bien coincide que, en su mayoría, son mujeres. Cabe mencionar que las medidas anticovid han dificultado la vertebración de estos grupos, según perciben las propias familias (Gemma, C278 o Marcos, C279). De hecho, desde la Coordinadora 5+1 tuvieron que poner en contacto a varias familias de una misma residencia, nos contaba su portavoz (María José Carcelén, C267).

El grupo Els Estels Silenciats está a medio camino entre la plataforma y el grupo de familiares, nace como página de Facebook abierta por la hija de una residente en un centro de titularidad y gestión públicas en la Catalunya Central, en agosto de 2020. Su finalidad será ofrecer "apoyo psicológico (...), poder expresar y compartir este sufrimiento y este dolor" entre familiares de residentes (Lola, C277*). En enero de 2021 formaban la coordinación unas diez personas, y habían escrito en la página más de 2.000 personas. Como plataforma se mostrarán activos en los medios, y centrarán su discurso en la denuncia de los protocolos de horarios y distanciamiento, por ejemplo, que afectan a las visitas de las familias a las residencias.

Por lo demás, tanto en los grupos como en algunas plataformas hay quien parece participar puntualmente y movida/o por una preocupación concreta: obtener información sobre su familiar, recibir orientación y apoyo para negociar con la dirección (en cuanto a visitar al familiar, poder salir del centro con la persona residente, etc.) o ayuda en la redacción de reclamaciones legales, entre otras peticiones. Cabe añadir que son muchas las personas que participan en otras plataformas y grupos, además de en el suyo, y son múltiples las conexiones que se han tejido entre los distintos colectivos: la Coordinadora 5+1, Marea de Residencias o Irauli Zaintza son, en sí mismas, resultado de uniones y alianzas; Pentsionistak Martxan mantiene una colaboración clave con Babestu, además de con otras organizaciones; a nivel de grupos de familiares, los de Cataluña participan asiduamente en las actividades que organiza la Coordinadora (por ejemplo, todos ellos acudieron a la concentración en la plaza Sant Jaume en Barcelona el 19 de diciembre de 2020), o en las que proponen colectivos como el movimiento de pensionistas de cada localidad. A nivel bilateral algunos grupos mantienen una relación muy estrecha. Por ejemplo, los grupos de Azahara (C280) y Gemma (C278), que, entre otras cosas, han compartido información sobre la designación de sus residencias como centros de

referencia (donde trasladar a enfermos/as de covid desde otras residencias) y las estrategias para revertirlo[49].

En mayo de 2021, 19 asociaciones de 11 comunidades autónomas, fundan la Plataforma Estatal de Familiares de Usuarias de Residencias (La Plataforma), con el objetivo de "unir esfuerzos en todo el Estado español, participar en las mesas de diálogo sobre un nuevo modelo residencial y actuar como una sola voz frente a los organismos competentes".

4.6.2. MOTIVOS DE INDIGNACIÓN

Las familias expresan un hondo sentimiento de agravio, rabia y dolor por haber visto maltratada la dignidad de las personas residentes y la suya propia durante la pandemia. Joseba, miembro de Irauli Zaintza (C276), sentenciaba: "Ha sido humillante. Humillante en el plano colectivo". Mientras que Noemí (C271), quien tuvo a su padre y a su madre en una residencia pública de gestión privada de Madrid durante la primera ola, manifestaba: "es que no es solamente lo que ha pasado, es 'cómo' [enfatiza] lo han hecho, es la falta de humanidad, la falta de dignidad, es que es tantas cosas, tanto dolor, hay tanto dolor en las familias", y mencionaba el hecho que muchas personas residentes murieran solas y se trataran los fallecimientos de manera muy poco empática.

Pero los motivos de dicha indignación son múltiples y se refieren a la gestión inicial de la pandemia por parte de las direcciones (destacando la opacidad que la rodeó), a la unilateralidad con que esas direcciones o distintas Administraciones decidieron ciertas medidas (en cuanto a la adopción de protocolos de aislamiento, visitas y salidas, la elección de algunas residencias como centros de referencia, etc.) o a la sospecha de falta de atención y de auxilio a las personas residentes enfermas (principal causa de algunas denuncias judiciales). Todo lo cual ha generado, además de indignación, efectos negativos sobre la salud de los y las familiares.

De las primeras semanas de confinamiento (marzo de 2020) las familias resaltan la desorganización que reinaba en algunas residencias, la falta de equipos y de medidas adecuadas de protección de sus familiares. Sus relatos coinciden con los de directoras y trabajadoras que ya hemos expuesto anteriormente. A partir de las (escasas) llamadas que pudieron tener durante aquellos días averiguaron, por ejemplo, que las trabajadoras se movían por distintas plantas y que no se aplicaba bien la sectorización; que no disponían del material adecuado, que utilizaban bolsas de basura a modo de bata y que, tal y como también se ha mencionado en apartados anteriores, no se ponían mascarilla (a pesar de disponer de ellas) para no "crear alarma entre las personas residentes" (Noemí, C271; M.J. Carcelén, C267). En algunos casos las familias se implicaron en la búsqueda y adquisición de material, por ejemplo, de pruebas diagnósticas. En la residencia de Noemí, un centro público de gestión privada a las afueras de Barcelona, un familiar consiguió test PCR que permitieron sacar a la luz los primeros positivos por covid entre personal y residentes.

La angustia de las familias irá en aumento, al conocer la situación precaria que se vivía dentro de las residencias. Clara (C275), quien tenía a su padre en una residencia de gestión privada y tamaño grande de Madrid, contaba rememorando aquellos días: "te queda la cosa por dentro y dices: 'qué estarán haciendo, cómo lo estarán haciendo...'. (…) Rezaba porque no me llamaran…, cada vez que me llamaban pegaba un brinco. La incertidumbre... Cada vez que te llaman, dices: '¡madre mía, la residencia!'. Brinco". Quienes tenían a residentes con

[49] Después de la primera oleada de coronavirus el Gobierno catalán creó los llamados centros de referencia, que son residencias convencionales para personas mayores que disponen de camas libres y de personal e infraestructura sanitaria suficientes como para atender a más residentes. Personas afectadas por coronavirus son trasladadas a estos centros. Casi 40 residencias ya han sido convertidas en centros de referencia en Cataluña.

dificultades de movilidad temían especialmente la posibilidad de que sufrieran caídas, pensando en el hecho que los tuvieran que derivar a un hospital y allí pudieran contagiarse (Marcos, C279; Natalia, C281; Azahara, C280).

Pero a la angustia y el sufrimiento contribuyó sobre todo la ausencia de información clara y detallada. En la mayor parte de residencias de las familias entrevistadas, las direcciones enviaban un correo electrónico o realizaban una única llamada al día, no siendo posible para las familias establecer contacto por su cuenta. Siendo los mensajes que se transmitían, además, vagos y confusos:

> 'Tu padre está fenomenal y tu madre está muy bien', y digo '¿ah, sí? ¿Y por qué lo sabes?', 'no, yo, lo que me dicen...', 'pues mi madre lleva tres días sin que le tomen la temperatura, ¿cómo sabes que está bien?', 'ah, no sé, a mí es lo que me dicen, es que no te puedo decir...' (Noemí, C271).

> Una vez a la semana una señorita, que era siempre la misma, más o menos y siempre contaba la misma película, o sea, que era un copia y pega, era tremendamente mecánico, no sabía nada si le preguntabas: 'pero mire, ella tenía las uñas muy largas, ¿se las han cortado?' (...), y siempre terminaba diciendo: 'si pasa algo no se preocupe que ya llamará la doctora, usted tranquila.' (Soledad, C272)

"Un repugnante copia y pega", resumía Soledad, quien tenía a su madre en una residencia pública de gestión privada de Madrid. En algunos casos, la comunicación empeoraría durante la segunda ola, por ejemplo, en la residencia pública donde se encontraba la madre de Gemma, en una comarca del centro de Cataluña; allí los mensajes no llegaban a diario, y cuando lo hacían: "mucho escribe, escribe, y no sabes lo que está diciendo (...). Era como, 'bah, ¿sabes qué? ¿para qué les tenemos que explicar todo?'" (Gemma, C278*). En un número significativo de casos las familias complementarían las informaciones, tanto en la primera como en la segunda ola, vía contacto personal con alguna trabajadora (Lola, C277; Eugenia, C336; Marcos, C279; Gemma, C278; Noemí, C271). La comunicación directa con las familias, a través de videollamadas, por ejemplo, tardaría algunas semanas en activarse en la mayor parte de casos, y se limitaron a una o dos videollamadas por semana. En ocasiones fue la propia familia quien ayudó a conseguir los dispositivos (Azahara, C280). Las y los familiares destacan también las limitaciones, la frustración y el enfado que provocaba, sobre todo en las personas residentes, el no poder ver, hablar cara a cara y tocar a sus familiares (Clara, C275).

A nivel de dirección y siguiendo con la falta de comunicación, se destaca la gestión inadecuada de la información sobre fallecimientos. Las familias se quejan que en muchos casos no se les comunicara ni el número de defunciones, amparándose en la Ley de Protección de Datos Personales, señalaba Carmen López (C270), portavoz de Marea de Residencias. Indignan la opacidad, pero también el lenguaje utilizado por las direcciones:

> En los correos nos decían que lamentaban comunicarnos que un usuario había fallecido. Encima son 'usuarios', ¿no? Evidentemente, está la protección de datos y lo que sea, pero cuando nosotros íbamos a la residencia y entrábamos por la puerta, enseguida te enterabas de que se había muerto tal, el de la planta tal (...). Imagínate, a ti te dicen que ha muerto un usuario, pero no sabes quién es. (Natalia, C281)

Comentando igualmente el miedo e incertidumbre que generaba ese tipo de comunicados, decía Lola:

> Cuando escuchabas las noticias era desesperante. Me harté de llorar en el trabajo, y pasaba un día y decías, 'ha pasado un día más', y de tener ataques de angustia, de pánico. Pánico a que tu madre se contagiase y no te pudieses despedir. (Lola, C277*)

Las familias intentarán conseguir información por su cuenta, harán cálculos y clarificarán la identidad de las personas fallecidas a partir de lo compartido por ellas en redes sociales. En algún caso la Consejería de Políticas Sociales, Familias, Igualdad y Natalidad de la Comunidad de Madrid ofrecerá datos (a través de canales no oficiales) (Carmen López, C270), o el ayuntamiento de la localidad en cuestión publicará el número de fallecimientos en cada residencia (Clara, C275). En algunas residencias los familiares no tienen claro todavía cuántas personas han fallecido por covid en su centro (Azahara, C280). Pero al margen de los datos, irrita la manera cómo se comunicaron los decesos, y que la residencia no pusiera sobre aviso, no informara antes del empeoramiento de salud (Carmen López, C270; Noemí, C271). En casos extremos, todos durante la primera ola, se les comunicó después de no haber tenido noticias desde hacía diez días (Carmen López, C270) o recibieron la noticia del fallecimiento directamente desde la funeraria (M.J. Carcelén, C267). Más adelante apuntamos otros elementos sobre la gestión de los fallecimientos, punto especialmente sensible.

Más allá de la "política" de comunicación, las familias critican la unilateralidad y falta de diálogo con ellas a la hora de tomar algunas medidas, tanto por parte de las direcciones como de las distintas Administraciones. Empezando por los primeros confinamientos, de marzo de 2020, destacan que los centros cerraron de manera súbita, de un día para otro y sin permitir que las familias se despidieran (Lola, C277; Marcos, C279). Si bien se admite que, a tenor de lo que se iba viendo (cierre de escuelas, comercios, etc.), podía esperarse el "cierre" de los centros, y que en muchos casos se aceptó como algo necesario para la protección de las personas residentes (Lola, C277; Marcos, C279; Eugenia, C336), en general, no se pensaba que iba a durar tanto. Con el pasar de los días y semanas, la opinión fue cambiando, cundiendo el enfado porque no se flexibilizarán los cierres cuando la primera ola del virus estuvo más o menos controlada.

Las familias hablan de "secuestro" y utilizan símiles como el de "cárcel": "Están condenados a prisión sin ningún delito" (M.J. Carcelén, C267); "ha sido una cárcel para ellos" (Eugenia, C336); "estuvimos encerrados, encarcelados, castigados, clausurados..." (Lola, C277*). Sensación compartida también por las propias trabajadoras como se ha señalado en el apartado 4.3.3. Se comenta que era una "tortura", además, saber o intuir que no se estaba cuidando adecuadamente de las personas residentes por falta de personal o de material, y por las decisiones que se iban tomando. Manifestaba Clara, quien tiene a su padre en una residencia pública de gestión privada de Madrid:

> Ahora dicen que los protegen, y llaman protección a encerrarlos en sus habitaciones sin salir, ¿a eso llaman protección?, ¿llaman protección a no alimentarles adecuadamente?, ¿a no limpiarles adecuadamente?, ¿a no darles amor ni comprensión, ni movilidad, adecuadamente?, ¿a tenerlos prisioneros? (Clara, C275)

El cierre unilateral de las residencias motivará alguna de las querellas judiciales interpuestas, alegándose violación de derechos fundamentales de las personas residentes y las familias, al saltarse las empresas y las Administraciones la tutela legal de estas (M.J. Carcelén, C267).

En general, arrecian las críticas hacia los regímenes de visitas y protocolos implementados: por permitirse tan solo una visita por semana y persona, y por las condiciones en que se realizaban (con mascarilla y distancia, sin intimidad ni posibilidad de tocar...), que impedían una comunicación satisfactoria (Lola, C277; Clara, 275; Soledad, C272; Gemma, C278). En muchos casos se relata cómo la ansiada visita generaba después frustración y tristeza en las familias: "luego te ibas y lo dejabas allí tirado. Entonces a mi mujer le dio un bajón impresionante, impresionante", explicaba Joseba (C276). También en las personas residentes. Conscientes de ello, las familias como las trabajadoras (véase apartado 4.3.3) repetirán la frase: "o se mueren de pena, o se mueren de covid" (Gemma, C278*; Eugenia, C336). A medida que pasaban las semanas y los meses, crece la indignación. Algunas familiares idearán estrategias para

satisfacer la necesidad de comunicación y contacto: aprovechar "la suerte" de las salidas al hospital de su padre para abrazarlo (Azahara, C280); o ignorar directamente las advertencias del personal de la residencia. Explicaba Gemma (C278*): "La trabajadora social me dijo: 'ya sé que no lo haréis, pero intentad no tocarla'. Y dijimos: 'claro, claro. Llevamos desde marzo que no la tocamos, se acaba de morir nuestro padre y no la tocaremos. Claro, claro, claro, lo que tú digas...' [tono irónico]".

También se censura la gestión de las salidas y los reingresos: la imposición de unas condiciones que, de nuevo, se entienden como arbitrarias y excesivas, punitivas y dirigidas a desalentar a las familias (Lola, C277; Clara C275). No obstante, y en sentido contrario, en Cataluña se habría animado a las familias a llevarse a las personas residentes al domicilio, sin haber realizado pruebas y tener la certeza de que estaban sanas, justo al final de la primera ola (M.J. Carcelén, C267). Soledad (C272), por ejemplo, que sacó a su madre de la residencia pública de gestión privada donde estaba en Madrid los 45 días entre mayo y junio de 2020 que le permitieron, vivió como una coacción el aviso de que "si la sacas, ya sabes que va a estar después aislada [en el centro]", y como un castigo el que la tuvieran catorce días "sola y atada" tras la vuelta a la residencia. Con el apoyo de Marea de Residencias, Soledad, como otros familiares, se opondrá activamente a otras medidas, por ejemplo, a la obligación de llevar una PCR negativa antes de cada visita. Recuerda una conversación con la directora de la residencia: "me contó su película [la directora]: 'porque ellos lo hacen solo por el bien de los usuarios'; yo le dije: 'pues métala en formol, si usted piensa que metiéndola en formol así usted va a estar tranquila'", juzgando Soledad lo excesivo y arbitrario de algunas medidas.

En su caso, como en el de otras familias con plazas concertadas en residencias de Madrid, complicará y ofenderá particularmente el plazo de 45 días para el reingreso obligatorio, bajo amenaza de perder la plaza. Transcurrido ese tiempo las familias se enfrentarán al dilema de arriesgar la plaza o volver a llevar al familiar al centro, conociendo el peligro de contagio y las malas condiciones en muchas residencias. Soledad, de nuevo, lo explica así:

> Recuerdo que no había más opciones, o la entregas... y, además, así de duro que es utilizar un lenguaje, además, porque era 'o la trae usted o se queda usted sin la plaza'. A lo mejor luego eso se podría haber peleado, pero estamos tan vulnerables, tan cansados, que acojona todo. (Soledad, C272)

Desde ADEMAF intervinieron, de hecho, y consiguieron que la consejería anunciara que se estudiaría caso por caso (Carmen López, C270). La realidad, no obstante, es que las familias que han mantenido la persona residente en su casa han tenido que hacer frente a las dificultades y los sobrecostes que implican sus cuidados, al tiempo que han tenido que seguir pagando la plaza de la residencia (Noemí, C271).

En el caso de ciertas residencias de Cataluña y el País Vasco, la decisión unilateral de transformar algunas en centros de referencia indignará especialmente y será la causa determinante de que algunas familias se movilicen. De nuevo, irrita y ofende la falta de transparencia y diálogo con las familias. En el caso de dos residencias de tamaño medio de la provincia de Barcelona, una de gestión privada y la otra pública, se habría comunicado al iniciarse la segunda ola (octubre-noviembre de 2020) de improviso: tras haber implementado una nueva sectorización y "vendiendo que sería para dar un mejor servicio", tras concluir las obras de un nuevo suministro de oxígeno, comunicándolo de manera velada, subrayaban los y las familiares de esta residencia, en el último párrafo de un extenso correo que trataba muchos temas, y "como quien no quiere la cosa" (Marcos, C279). Las familias reaccionaron de inmediato, vertebradas por el grupo de Whatsapp que funcionaba desde hacía unos meses, escribiendo a la entidad gestora, al ayuntamiento de la localidad, a la Conselleria de Benestar Social i Família, y concentrándose a los pocos días en la entrada de la residencia. Para las familias había resultado un punto de inflexión en la relación con la dirección (Azahara, C280;

Marcos, 279; Natalia, 281), como expresaba una de ellas: "El engaño que tuvimos..., porque ahí yo, hasta ahí mira. Pero nos engañaron, nos engañaron (…). Nos sentimos engañados, y por eso nos echamos a la calle" (Eugenia, C336). En ambos casos la medida no llegó a hacerse efectiva.

Donde sí se llevó a cabo fue en una residencia pública, de tamaño grande, de la provincia de Bizkaia. Para Pentsionistak Martxan constituiría también un punto de inflexión, sería uno de los casos que impulsarán la querella a Fiscalía, por lo improvisado y degradante del traslado de quienes residían en otro emplazamiento (sin avisar a sus familiares, con sus enseres personales amontonados en el garaje, teniendo que recurrir a los bomberos para desplazar a quienes iban en silla de ruedas, sin ofrecer cena la primera noche en el nuevo centro...). Según documentó la plataforma, "ese día el personal trabajador salió llorando a las diez de la noche, por impotencia y por lo mal que se habían hecho las cosas" (Imanol, C274).

Pero si hay un asunto que concentra el malestar y la indignación de las familias (transformándose en algunos casos en acción judicial) es la sospecha de desatención y la gestión deficiente (más allá de la comunicación) de las muertes. Indigna la falta de asistencia médica que se daba antes de la pandemia, con la medicalización insuficiente de muchas residencias, pero que la crisis sanitaria agravó repentinamente cuando, entre otras cosas, parte de las enfermeras de los centros se fue a trabajar a los hospitales durante la primera ola (Carmen López, C270), como han constatado las directoras y ha quedado reflejado en un apartado anterior.

Se tienen indicios, y esta es la causa directa de varias querellas, de "órdenes" para no derivar a personas enfermas de residencias a los hospitales emitidas desde las consejerías (Carmen López, C270; M.J. Carcelén, C267). (A ellos nos hemos referido en el apartado 4.3.2.1). Según la Coordinadora 5 +1, el documento del Servei d'Emergències Mèdiques (SEM) de la Conselleria de Salut de la Generalitat, indicaría:

> Limitar el esfuerzo terapéutico, se hacen separaciones en función de las edades y en algún punto se habla de tener en cuenta el valor de la persona. Traducido a palabras sencillas significa: 'a los ancianos no me los traigas aquí'. La realidad fue que hasta la segunda semana de abril los ancianos no pisaron un hospital y se murieron en residencias, en situaciones absolutamente indignas (...), es que no hay ni palabras. Impropio de un Estado de derecho, de un estado civilizado y de cualquier signo de humanidad. Murieron como perros, peor que perros. (M.J. Carcelén, C267)

La existencia de dichas "órdenes" se conoce por vía de algún periodista (Carmen López, C270) o se lee, a posteriori, en informes como el de Amnistía Internacional (Lola, C277). Y sobre todo a raíz de la experiencia propia. Azahara (C280), cuyo padre muere en octubre de 2020 tras un periplo por el hospital y un centro sociosanitario, cuenta cómo una técnica del EAR le reconoció, tras pedirle que se trasladara a su padre al hospital para ser tratado del cáncer que sufría, que "el EAR había decidido dejar morir a mi padre en la residencia". Tras conseguir finalmente que lo llevaran (y poder visitarlo allí a diario, destacaba), su padre se contagia de covid y, a pesar de no contar con una prueba PCR negativa, se le intenta volver a llevar a la residencia. Azahara se habría enfrentado al médico en los siguientes términos:

> '¡Tú a mi padre no le vas a dar el alta! (...). ¡Llevando a mi padre a la residencia lo vas a condenar a morir sufriendo y lo vas a condenar a morir solo!'. El médico me dice que es lo que hay, que mi padre tiene 82 años, que está ocupando una cama de covid que otra persona más joven y con más posibilidades de supervivencia puede ocupar. (Azahara, C280)

A través de un contacto consiguió que derivaran a su padre a un centro sociosanitario, donde murió trece días después. En el traslado desde el hospital, Azahara lo vería por última vez. Comparando la muerte de su padre con la de su madre, que había fallecido en un hospital,

pero acompañada de sus hijas, la de su madre le parecía "una muerte súper digna". En un sentido similar, Ángel Juárez (C249), portavoz de la Plataforma Afectados por Coronavirus, se quejaba de que su madre, de 95 años, había muerto por covid en un hospital, tras ser derivada tarde por parte de la residencia, a quien llamó y presionó. Se queja de que, además, en el hospital, su madre no tuvo acceso a respirador: "Mi madre tenía la edad que tenía y ya la pusieron directamente con la morfina, a esperar que muriera. Hay documentos recomendando por parte de la Conselleria [de Salut] que los pocos aparatos que había fuesen a otro tipo de personas. Puede tener sentido, pero ¿quién decide sobre la vida y la muerte? Ese es un derecho humano fundamental". Entre que murió y la familia tuvo acceso al cuerpo, el cual se les entrega ya dentro del féretro, pasó un mes, por el colapso de las funerarias.

El miedo expresado por muchas familias de que las personas residentes murieran solas y no pudieran despedirse de ellas se concretó en alguno de los casos tratados, generando un enorme padecimiento. Gemma, cuyo padre murió durante la primera ola en una residencia pública en las afueras de Barcelona, subrayaba alguno de los elementos que causaban ese dolor:

> Se murió, y no lo pude tocar. ¡No me dejaron tocarlo! Yo vestida de cabo a rabo, con toda la pantalla, los guantes... ¡No me dejaron ni darle la mano con los guantes! ¡Ni ponerle la mano sobre el pecho, que se estaba ahogando! (...) Yo para poderme trabajar el duelo necesito saber algunas cosas. '¿Murió solo? ¿Alguien le daba la mano?'. Y me dijo [la trabajadora social]: 'Bueno, las chicas entraban y salían, pero tampoco podían estar mucho con él, por protocolo no se puede estar allí mucho'. 'O sea, que me dices que se ha muerto solo...'. (Gemma, C278*)

A lo que se sumaba en el caso de Gemma, como en muchos otros, la culpa por haber decidido llevarlo a la residencia y que allí se hubiera contagiado de covid.

Para algunas familias la crisis de la covid lo cambia todo: "Todo iba bien. Entonces cuando comenzó la pandemia pues, claro, vuelco total", afirmaba Gemma, quien tenía a su padre en una residencia de tamaño medio; o para Soledad, que tenía a su madre en una residencia pública de tamaño medio y gestionada por una empresa, "llegó el covid y todo cambió". Y añadía:

> Después de ocho meses, hemos perdido la confianza en estas empresas que han raptado a nuestros padres, que los siguen raptando, que incumplen, que mienten, que manipulan y que los crucifican y los tienen como macetas, y que la información que te dan es una información que has oído, que es 'hola, buenos días, soy tal, es para informar que todo va bien. (Soledad, C272)

No obstante, son mayoría quienes señalan que muchos problemas ya acontecían antes de la pandemia, produciendo un descontento hacia las direcciones de los centros y/o hacia el modelo en general. En algunos casos este descontento ya se había canalizado a través de grupos de familiares o plataformas, y había dado pie a acciones y movilizaciones frente a los centros y administraciones. La pandemia no hará más que agravar el descontento y añadir motivos de indignación, como se detallará más adelante. Entre quienes encabezan las plataformas, y algunos grupos, se señala que las negligencias las "veníamos denunciando desde hace muchísimo" (M.J. Carcelén, C267), y que el desastre con la pandemia era una "crónica anunciada", señalando como causa al modelo de residencias y cuidados (M.J. Carcelén, C267; Carmen López, C270; Imanol, C274; Efrén, C254).

Estos, y quienes no necesariamente apuntan sus críticas hacia el modelo y las cuestiones más estructurales, concuerdan en señalar una serie de fallas que se producían en muchas residencias con anterioridad a la pandemia, fallas más o menos graves y que ya indignaban. Falta de higiene: pocas duchas a la semana, cambios de pañales limitados y con demora... (Azahara, C280; Marcos, C279). Falta de cuidados corporales adecuados: no cambiar de postura a las personas encamadas, etc. Y arbitrariedad a la hora de aplicar las sujeciones y

otras medidas de contención (Carmen López, C270; Noemí, C271; Soledad, C272). Extravío, desperfectos y errores con la ropa, lo cual no es un tema menor, se considera otro atentado contra la dignidad, como indicaba Azahara (C280): "Yo he llegado a ver pasar gente vestidos con la ropa de mi padre y de mi madre, por delante mío. Esto jode mucho". Las malas condiciones del mobiliario y las habitaciones; así como la alimentación, observada y apreciada especialmente por las familias y residentes (Clara, C275; Lola, C277; Natalia, C281; Marcos, C279). A todo ello se suman ciertos accidentes o negligencias habituales, y pautas que ya se cuestionaban: las caídas por falta de vigilancia, de personal; sobre todo si no se reportaban a las familias (Natalia, C281; Azahara, C280; Marcos, C279). Errores con la medicación (Esther, C271; Azahara, C280). La gestión de las situaciones *premortem*: por ejemplo, no reservar una habitación, un espacio con cierta intimidad para la persona a punto de fallecer y su familia (Carmen López, C270; Noemí, 271). O la mala atención sanitaria y la falta de medicalización (Azahara, C280; M.J. Carcelén, C267).

Asimismo, la mala relación con las direcciones, la falta de transparencia y de diálogo con las familias ya se daba en algunos casos. Azahara (C280) expresaba el sentimiento de no poder decidir ni ser preguntados, y comentaba: "Ellos [las personas residentes] han perdido toda su capacidad de decidir, y tú también". La suya era una residencia mediana, pública de gestión privada, a las afueras de Barcelona. Clara (C275), quien tiene a su padre en una residencia pública de gestión privada en Madrid, decía en la misma línea: "las familias en las residencias no nos dejan cooperar de nada. En principio te dicen que es su casa, que es su hogar (...), te dicen: 'lo puedes decorar como quieras, no sé qué, no sé cuántos...', ¡pero luego no te dejan!". Y Carmen López (C270), portavoz de Marea de Residencias, afirmaba de manera contundente, en base a su experiencia y la de otras familias: "los directores de las residencias, ellos mismos se creen dioses".

El talante autoritario, la unidireccionalidad en la toma de decisiones, es algo que las familias notan incrementarse con la pandemia, como se señalaba. Pero con anterioridad, comentan, la información tampoco circulaba siempre de manera fluida y ellas mismas tenían que tejer sus propias redes para mantenerse informadas de lo que ocurría en algunos centros (Imanol, C274; Lola, C277; Azahara, C280). De la misma forma que, de manera más individual, subsanarán algunas de las deficiencias comentadas: harán aportes de ropa, de pañales y otros productos de aseo, comidas "especiales"… (Clara, C275; Marcos, C279). En casos como el de Lola (C277*) y sus hermanas, dedicándole mucho tiempo a su madre (ingresada en una residencia pública de la provincia de Barcelona), aportándole, en sus palabras, "muchas horas de dignidad y cuidados, supliendo todas estas carencias que hay en las residencias".

En otro orden de cosas, la situación vivida en las residencias durante la pandemia, si no antes, acarreará consecuencias a nivel de salud para las familias, y no solo para las personas residentes. El deterioro físico y cognitivo de muchas de ellas se comprueba in situ, en las primeras visitas que se permiten. Se citan casos de personas concretas que "antes caminaban y ya no caminan; antes interactuaban y ya no interactúan..." (M.J. Carcelén, C267; Lola, C277*). Noemí (C271) encontró a su padre con una demencia mucho más avanzada y gran pérdida de movilidad. El padre de Clara (C275) la desconocía a ella y a sus hermanas: "he perdido a mi padre", sentenciaba.

La afectación a los y las familiares también resulta notoria. Son varias las personas que manifestaban estar en tratamiento psicológico y con medicación, principalmente a raíz de las situaciones vividas durante la pandemia. Por ejemplo, por tener que volver a llevar a su familiar al centro al no poder seguir cuidando de él o ella, ante la amenaza de perder la plaza, y a pesar de la mala experiencia vivida en la residencia. Era el caso de Soledad (C272), fisioterapeuta en un hospital público de Madrid, de baja y con ayuda psicológica desde que regresó a su madre al centro, "por la culpa", añadía, y que había decidido pintar cuadros que

le recordaban a ella para "sentirse cerca". O el de Eugenia (C336), que tuvo que volver a llevar a su madre a la residencia al no poder seguir cuidando de ella (su hermano y ella trabajan y no se pueden permitir una trabajadora a domicilio), y estaba desde entonces en tratamiento psiquiátrico. Y tantos otros casos recogidos por plataformas como Marea de Residencias (Carmen López, C270) y Els Estels Silenciats (Lola, C277). Aunque para otros/as la angustia y las afectaciones empezaron ya antes, al verse obligadas a recurrir a la residencia y ver las condiciones en que se encontraban algunas. Decía Noemí (C271), quien había tenido a su padre y su madre en varias residencias de la provincia de Madrid: "estoy medicada desde que llevo a mi padre a la residencia. "(...) Yo no quiero que mi padre esté ahí, yo no quiero que mi padre esté ahí, pero tiene que estar, tiene que estar", y detallaba el desgaste que le había producido su enfrentamiento con las distintas direcciones y la lucha para sacar a sus padres, a mediados de abril de 2020, en plena primera ola.

4.6.3. REACCIONES

Como se ha apuntado, las y los familiares de residentes entrevistados no se quedarán pasivos ante lo ocurrido, reaccionarán más o menos rápido emprendiendo distintas acciones, solicitando cambios más o menos inmediatos y la asunción de responsabilidades a distintos niveles. Cabe señalar, no obstante, que algunas personas tienen ciertos temores, lo que puede cohibirlas a la hora de movilizarse (aunque compartan el enfado y el malestar): en más de una ocasión se expresó el miedo a que las direcciones tomen represalias contra las personas residentes de las familias que protestan (Manuel, C268; Lola, C277; Noemí, C271; Soledad, C272; Gemma, C278). En el caso de Gemma se añadirá el hecho que aspira a trabajar como TCAE y teme que enfrentarse a las empresas gestoras le acarree consecuencias profesionales. A Soledad, fisioterapeuta en un hospital público, la dirección le advirtió por lo mismo, anunciando sanciones. Asimismo, quienes se movilizan pueden optar por unas vías y descartar otras. Por ejemplo, son varias las personas que participan en los grupos y plataformas pero que, en cambio, se muestran escépticas y reniegan del recurso a la justicia, en términos parecidos a los que expresaba Gemma (por ejemplo, Natalia, C281):

> ¿Yo voy a ir contra el Gobierno? ¡Sí, hombre! ¡Es que no tienen ningún sentido, dónde voy yo! (...) Lo de mi padre, claro, te dirán que no se puede demostrar. Si yo quisiera follón, que no lo quiero porque no tengo la energía ni el dinero, ni... No creo que vaya a ningún lugar, como te decía, contra el Gobierno yo. Porque al final es contra el Gobierno, es de la Generalitat. (Gemma, C278*)

En cualquier caso, detallando las acciones de quienes se movilizan a nivel individual o más colectivo (y especialmente durante la pandemia, ante la prolongación de los cierres, la restricción de las visitas y salidas, etc.), hay quien escribe reiteradamente, y como primera reacción, a las direcciones de los centros, a las consejerías, a la Dirección de Atención al Mayor en Madrid y a otros organismos públicos. De manera individual o representando a un grupo de familiares y/o plataforma, acuden también a medios de comunicación para realizar denuncias públicas: de su caso particular, con relación a una residencia (Noemí, C271; Gemma, C278; Azahara, C280; Ángel Juárez, C249), o sobre el modelo de gestión de la pandemia y los cuidados en general (Imanol, C274; M.J. Carcelén, C267). En grupo y organizándose relativamente rápido, se concentrarán ante la residencia para hacer visible la oposición a su gestión (Gemma, C278; Marcos, C279). Y convocarán manifestaciones multitudinarias ante los organismos de gobierno para denunciar lo ocurrido en las residencias, antes y durante la pandemia. Es el caso, por ejemplo, de las movilizaciones anunciadas por Marea de Residencias, en alianza con otras plataformas, para septiembre de 2020 en todo el territorio español, las movilizaciones impulsadas por Babestu y Pentsionistak Martxan en septiembre de 2020 y enero 2021 en Bilbao, o la concentración organizada por la Coordinadora 5+1 y

diversas asociaciones en Barcelona, en diciembre de 2020. Asimismo, tanto a nivel de plataformas como de grupos de familiares logran reunirse con cargos de la Administración, sobre todo a nivel municipal, para hacerles llegar sus quejas y que intercedan ante las gestoras de la residencia (Gemma, C278; Lola, C277). En algunos casos han conseguido reunirse con los Gobiernos autonómicos y central para exponer sus demandas, entre otras, solicitar la apertura de una comisión de investigación sobre lo ocurrido en las residencias, exigir auditorías independientes y abrir una mesa de diálogo con todos los agentes implicados (caso, por ejemplo, de la Plataforma Afectados por Coronavirus, quien se reúne con la Comisión de Derechos Sociales y Políticas de Discapacidad del Congreso de los Diputados).

Varios grupos elaboran comunicados (firmados por las familias activas en ellos) que se envían a las direcciones de las residencias con las reivindicaciones y exigencias de cambios (inmediatos y referidos a la pandemia, o a medio-largo plazo), en algún caso en forma de burofax. En el del grupo de Gemma (C278*), redactado a raíz del anuncio de conversión de la residencia en centro de referencia, pedirá informaciones "claras y a tiempo", mejores sectorizaciones, la supresión de las medidas de contención y los aislamientos innecesarios, la revisión de los protocolos de visitas y de gestión de los decesos, entre otras cosas. El grupo de Marcos (C279), Azahara (C280), Natalia (C281) y Eugenia (336), solicita el cambio del protocolo de medicación (que se administrara en boca y por personal de enfermería), servicio médico 24 horas, la creación de una comisión de familiares o la renovación de la ropa de cama, entre otras cosas.

A otro nivel, distintas plataformas y algunos familiares a título individual recurren a la vía judicial e interponen querellas ante Fiscalía y denuncias en los juzgados. La Coordinadora 5+1 interpone una denuncia penal por las muertes ocurridas en las residencias durante la pandemia y la no derivación a hospitales (parten del hecho que casi la totalidad de fallecidos/as, en la primera ola, no pisó un centro hospitalario), que comportaría los delitos de omisión del deber de socorro, denegación de auxilio y homicidio imprudente, que se imputan a las direcciones, pero también a las Administraciones, que no habrían velado por los derechos de los residentes. En palabras de la portavoz de la Coordinadora: "Está claro que se les discriminó por razón de la edad y por razón del lugar donde residían" (M.J. Carcelén, C267). Inicialmente documentan los casos de 11 residencias, pasando después a 31 (y casi 200 denunciantes), y cuentan con el apoyo de un exfiscal anticorrupción para su preparación. Además, presentan más tarde una demanda contencioso-administrativa por los encierros y la restricción de las visitas contra el Departament de Salut y el Servei Català de la Salut. Argumentando esta, exponía M.J. Carcelén (C267): "¿Alguien piensa que se va a preocupar más de la seguridad de mi madre la constructora que yo?". En enero de 2021 la denuncia había sido archivada, y la plataforma había recurrido, al igual que la demanda penal, en principio inadmitida y también recurrida ante la Fiscalía General del Estado.

Desde Marea de Residencias se interponen querellas criminales contra la presidenta de la Comunidad de Madrid, el consejero de Salud, el de Justicia y diversos/as directores/as de residencias. Se les acusa de los delitos de lesiones, omisión del deber de socorro, prevaricación y homicidio imprudente, por la puesta en marcha de los protocolos que habrían negado la derivación a hospitales de quienes se encontraban en residencias, y también por la gestión inadecuada de la epidemia y los contagios (falta de equipos de protección y prohibición de su uso en algunas residencias, al inicio). Las querellas se presentan en Alcorcón, Leganés y Madrid, contando aquí, por ejemplo, con 19 testimonios y tratando el caso de 6 residencias distintas. Para su elaboración cuentan con la ayuda desinteresada de tres abogados. En diciembre de 2020 la demanda interpuesta en Madrid había sido finalmente admitida a trámite (tras ser devuelta al juzgado en cuestión desde el Tribunal Supremo), la de Alcorcón se había inadmitido (declarándose incompetente para juzgar el caso el primer tribunal), y la de Leganés

había sido derivada a la Audiencia Provincial, donde se le había dado curso, después de haber recurrido Marea el archivamiento en primera instancia.

Pentsionistak Martxan y Babestu interponen una querella ante la Fiscalía provincial para el caso de 19 residencias de la provincia de Bizkaia. Denuncian una presunta falta de transparencia, negligencias en la gestión y engaños sobre el estado de salud de sus allegados por parte de los centros donde residían, todos en la primera ola. Hacen referencia a cambios de planta de las personas residentes que favorecen la propagación del virus, movimientos de personal de "zona sucia a limpia", visitas "a cuentagotas", y duras condiciones de aislamiento, "sin una triste radio". Se acusará a la dirección de las residencias y, como última responsable, a la Diputación Foral de Bizkaia (quien detenta las competencias sobre las residencias). La querella será inadmitida por la Fiscalía.

La Plataforma Afectados por Coronavirus interpone reclamaciones tanto por la vía civil como administrativa, ya sea contra residencias, acusadas de dejación de sus obligaciones respeto a la prevención de la infección y/o respecto al tratamiento dado a la persona residente ya diagnosticada de covid; ya sea contra la propia Administración, por su omisión del deber de supervisión del centro residencial y la posible mala praxis que se haya podido dar en los centros hospitalarios. Esperan que estas reclamaciones sean "la punta de lanza" para retornar la dignidad a personas que murieron en un contexto de especial penuria" e "identificar las deficiencias substanciales que han podido ocurrir en las residencias durante la pandemia". Lo entienden como un "homenaje a los muertos que se han ido en absoluto silencio" (A. Juárez, C249).

Algunas familias también siguen la vía administrativa o judicial: son muchas las que, en algún momento, antes o durante la pandemia, interponen quejas ante la dirección de las residencias, las empresas gestoras, o los órganos de las Administraciones responsables. Azahara (C280), por ejemplo, lo hizo ante Benestar Social i Família y ante la Fiscalía por una negligencia grave con la medicación que cometieron con su padre. Noemí (C271) había formalizado numerosas reclamaciones ante la dirección de las distintas residencias por donde pasan sus padres, y ante la Dirección General de Atención al Mayor y a la Dependencia de la Comunidad de Madrid, por negligencias con la ropa, la higiene o por la falta de personal en el turno de noche. Y denunciará ante la policía, junto a otras sesenta personas de la residencia donde estuvieron sus padres, por las desatenciones y el confinamiento decidido por la dirección durante la pandemia. Ella, como otros/as familiares, atribuyen un valor moral a estas acciones:

> No me importa, si yo no quiero dinero, yo lo que quiero es que esta gente, en cualquier otra causa que se empiece, mi madre vaya de testigo y cuente todo lo que sabe, y que se haga justicia. (Noemí, C271)

El resultado de todas estas acciones ha sido más bien infructuoso desde el punto de vista de las familias, que sienten que ni las empresas gestoras ni las Administraciones atienden sus demandas. De manera concreta, las quejas e incluso las demandas colectivas puestas ante las direcciones de las residencias se han quedado sin respuesta (Marcos, 279; Azahara, 280; Natalia, C281; Eugenia, C336). Las dirigidas a la Administración, por ejemplo, a consejerías de la Comunidad de Madrid, sí que han obtenido respuesta, si bien la contestación ofende por entender que demuestra total indiferencia: "encabezan la reclamación con un mismo párrafo, la terminan con un mismo párrafo, entre medio te dicen algo de lo que tú les has dicho, pero te dicen que han inspeccionado, que lo han mirado y que todo está bien" (Carmen López, C270). Otras iniciativas se demostrarán inútiles y dejarán igualmente insatisfechas a las familias movilizadas. Explicaba Lola (C277*) que en un momento la Generalitat organizó unas reuniones "que se decían participativas" para discutir los protocolos de visitas, a las que miembros de su plataforma asistieron, pero que no se materializaron en ningún cambio. A

instancias de algunas plataformas se conformó en el parlamento catalán una comisión de investigación sobre lo ocurrido en las residencias que, al parecer, el proceso electoral paralizaría (A. Juárez, C249).

En general, se tiene la sensación de que las Administraciones "no escuchan" (M.J. Carcelén, C267), que "se limitan a dar palmadas en la espalda" (Efrén, C254) y que "no hacen nada" (Noemí, C271; Soledad, C272; Azahara, C280; Carmen López, C270; Ángel Juárez, C249). La Coordinadora 5+1, como otras plataformas y familias, lo atribuye a la "soberbia" y a cierta connivencia con las empresas gestoras, aunque se matizaba que algunas Administraciones (el Ayuntamiento de Barcelona) les habían respondido y ayudado en la búsqueda de espacios donde confinar a sus familiares en mejores condiciones (M.J. Carcelén, C267). También de los cuerpos policiales algunas esperaban una reacción inmediata, la intervención de su residencia, lo que nunca se produjo (Noemí, C271). Esta inacción genera en no pocas familiares el sentimiento de estar desamparados/as (Soledad, C272; Noemí, C271; Natalia, C281; Eugenia, C336; Clara, C275).

En cuanto a las denuncias por vía judicial, el archivo apuntado de la mayor parte de ellas genera decepción, y no se confía demasiado en el resultado que puedan tener las que siguen activas: "Tenemos la sensación que se quiere pasar página, meter los muertos debajo de la alfombra", decía M.J. Carcelén (C267); "no hay ninguna intención de que nadie pague por esto. (...) Los ancianos no importan a nadie, no hay ningún interés en que esto genere un problema. Son muertes invisibles", añadía. Indigna que las demandas no prosperen, y más aún cómo son tratadas por Fiscalía. Comentaba Imanol, con relación a la querella presentada por Pentsionistak Martxan:

> La fiscal nos recordó que para actuar por vía penal hay que presentar indicios. Y ahí quedamos sorprendidos, ¿es que no hay indicios suficientes en el dosier que os hemos presentado donde aparecen algunos casos paradigmáticos...? (...) Si leéis el contenido de la narración de los hechos es escalofriante, sin embargo, parece que no hay indicios. Ella nos dijo una y otra vez: 'es que lo que vosotros pensáis que son indicios de delito, para nosotros pueden ser simplemente causas que pueden influir, pero no se traducen en indicios'. Nosotros ahí se nos escapaba todo esto. Luego nos decía que no confundiéramos las diligencias procesales que se hacen por parte de un grupo social, por ejemplo, con una investigación de tipo penal. Nos trataba como ignorantes. (Imanol, C274)

La respuesta resulta ofensiva, no solo porque no se da curso a la denuncia que formula un grupo de ciudadanos/as, sino porque parece negarse su vivencia de los hechos. Otros familiares parten ya de una posición escéptica y entienden que la justicia es una esfera de acción más, no la principal: "Por lo legal..., haces más ruido pataleando en redes sociales y llamando a la prensa, eso les hace más daño que cualquier denuncia", afirmaba Azahara (C280), opinión compartida por Noemí (C271) y Soledad (C272).

Más allá de las acciones llevadas a cabo durante la pandemia, la movilización de las familias, en agrupaciones más o menos pequeñas o de tamaño considerable, pone sobre la mesa una agenda de reivindicaciones amplia, que apunta (como se señalaba al inicio de este apartado) a cambios más puntuales e inmediatos, o bien a transformaciones más estructurales del modelo de cuidados a mayores y dependientes.

Entre los primeros, se encuentran los cambios en los protocolos de visita, restricciones como la distancia obligada y el no poder tocar físicamente a los familiares. Todo ello se relaciona, como subrayaba Lola (C277*) y expresaban de distinta forma otros familiares, con preservar la "dignidad" de las personas residentes, que las residencias sean más "humanas" y se cuide también la "parte emocional". Se pide también de manera bastante unánime una mejora en los canales de información y mayor transparencia por parte de los órganos gestores de las residencias, incluyendo aquí la conformación obligatoria de consejos de familiares (Azahara,

C280). Todas las plataformas, pero también familiares agrupados o a título individual, solicitan la revisión de las ratios de personal, un aumento de efectivos y la presencia de un mínimo en todos los turnos, así como la medicalización adecuada de las residencias (que pasa, se defiende, por la incorporación al circuito de la atención primaria) (Carmen López, C270; M.J. Carcelén, C267; Azahara, C280; Imanol, C274). Y de manera generalizada se demanda la implantación de un servicio de inspección y de sanciones efectivo por parte de las Administraciones (Carmen López, C270; M.J. Carcelén, C267; Imanol, C274).

Entre las reivindicaciones que supondrían cambios más estructurales, las plataformas inciden en revertir los conciertos, la gestión de residencias a manos de empresas, y en incrementar las residencias cien por cien públicas. Todo ello porque se interpreta que en el modelo existente prima la obtención de lucro y el ahorro de costes para las Administraciones, y acarrea desatención y mala praxis (Carmen López, C270; M.J. Carcelén, C267; Imanol, C274; Efrén, C254; Ángel Juárez, C249). Así lo expresaban de manera contundente portavoces de la Coordinadora 5+1 y Babestu:

> Tuvimos muy claro que el problema no era esta empresa en concreto [la que gestionaba las residencias de titularidad pública que se unieron en la plataforma], el problema era el modelo, el problema era que se estaban privatizando los servicios de atención a las personas y que el modelo no era bueno, porque primaba el beneficio económico por encima de la atención a las personas. (M.J. Carcelén, C267)

> ¿Por qué los fondos de inversión están comprando residencias en Bizkaia? ¿Cuál es el motivo? ¿Hacer el bien a las personas? ¿Cuidar de los mayores? ¿Dar una atención de calidad? ¿O es ganar dinero? Esa es la pregunta y se responde sola. (Efrén, C254)

De manera más particular, plataformas como Irauli Zaintza o Pentsionistak Martxan construyen otras alternativas y hacen hincapié, por ejemplo, en la vinculación con el tejido local y en organizar los cuidados a nivel municipal o de barrio, "a partir de lo cercano". Lo que implicaría integrar más a las residencias en la cotidianidad "para que cuando llegue el momento no sea un trauma ir allí" (Joseba, C276). Pero también fomentar los domicilios compartidos, la atención digna a domicilio y el acondicionamiento de las viviendas (Imanol, C274). E incluyen en dicha agenda medidas para mejorar la situación de las trabajadoras del sector, medidas como fijar un precio mínimo por hora y turno, registrar y ayudar a las personas 'sin papeles' o crear cooperativas de trabajadoras y usuarias (Joseba, C276; Imanol, C274).

Casi todas las agrupaciones plantean, asimismo, cambios legales que favorezcan una mejor y mayor regulación del sector, que protejan, entre otras cosas, de negligencias y falta de atención adecuada (Azahara, C280; Ángel Juárez, C249) y que garanticen los derechos de las personas residentes (Efrén, C254). Desde Marea de Residencias, por ejemplo, se insiste en la necesidad de una Ley de Residencias a nivel estatal, que regule, entre otras cosas, la dotación mínima de personal (concepto no distorsionado como el de "ratio", apuntaba Carmen López, C270) y la cartera de servicios. Este punto lo defienden también las plataformas del País Vasco, que, además, plantean como reforma crucial sacar del ámbito de las diputaciones la gestión de las residencias. Desde Babestu se muestran críticos además con una Ley de Dependencia que creó enormes desigualdades territoriales y que además favoreció la expansión de la empresa privada: "hemos dejado que lo privado se apodere de una buena idea que era la Ley de Dependencia", expresaba Efrén (C254). Defienden un sistema público universal que dé prestación directa de servicios, no indirecta ni subcontratada, basada en el empleo público, que garantice la equidad de género y la equidad territorial. Desde Irauli Zaintza se fijan como objetivo central el conseguir una ley que instituya el sistema vasco de cuidados, y se dan un plazo de dos años para lograrlo, para conseguir los apoyos políticos y activar los mecanismos legislativos oportunos. Creen que se ha abierto una ventana de oportunidad, aunque por un tiempo limitado, "este debate caduca en cuanto la vacuna sea eficaz", y que "si uno ha tenido

un entorno familiar donde le han tocado estas cosas, lo va a entender seguro" (Joseba, C276). Decía también al respecto Imanol:

> Las residencias eran un lugar donde con mucho cariño dejábamos a nuestros familiares, pero en muchos casos se convertían en un lugar olvidado donde había unas personas mayores, donde confiábamos que las trataban bien, pero no sabíamos mucho sobre lo que ahí pasaba. Con esto estamos consiguiendo que salga a la luz del día con toda la crudeza. (Imanol, C274)

De hecho, plantean como tarea previa visibilizar la problemática de los cuidados, como necesidad mal resuelta, y concienciar a la sociedad. Que se entienda que vivir una vejez digna es "un derecho subjetivo y universal" y se revierta la concepción del jubilado/a como "gasto" (Imanol, C274). Que se ponga el foco sobre la situación de las trabajadoras y se entienda el cuidado como un problema social y no del ámbito doméstico (Joseba, C276). A tal efecto, desde Pentsionistak Martxan, junto a Babestu, se organizaron unas jornadas de debate en 2018, que se recogerían después en un libro (BABESTU y PENTSIONISTAK MARTXAN, 2018). Y por su parte Irauli Zaintza ha empezado a dar asesoramiento en uno de los municipios donde nace, una vez por semana. El mensaje es claro: "lo primero que tienes que decir a la familia es que le va a salir caro lo que le decimos nosotros. Que si lo busca por otra vía le va a salir más barato. Si es que tiene conciencia, es otra cosa" (Joseba, C276).

De todos modos, cabe enfatizar que no son solo las plataformas las que tienen conciencia de los problemas de fondo y plantean cambios más estructurales. Los y las familiares formulan reclamos que apuntan también a dichas cuestiones de fondo, y la situación vivida con la pandemia parece favorecer cierta toma de conciencia o confirmar un cuestionamiento más amplio del modelo vigente de residencias. Testimonios como el de Lola (C277*) lo expresan bien. Manifestaba ser "más que nunca" antirresidencias, al darse cuenta que las deficiencias que observaba en la residencia de su madre y su lucha contra algunas prácticas no eran algo "personal". Ante lo ocurrido durante la pandemia se había dicho "¡yo esto no lo aguanto más!, y había emprendido la movilización a través de Els Estels Silenciats; movilización que partiendo de la denuncia de los protocolos anticovid para las visitas pasará a problematizar otras cuestiones y a impugnar el modelo instituido:

> ¿Por qué me dicen que una residencia es el domicilio de una persona, que pasa a ser su domicilio? No es cierto. Porque si nuestra madre estuviese en su domicilio real, nuestra madre no estaría desatendida (...). Hay que cambiar tanto el chip de la sociedad... en lo que se refiere a ser una persona mayor, ¿no? Porque está mal visto, es como una… Bueno, una persona mayor, pues la ves como un muerto, la ves como una cosa triste, la ves como una cosa que ya no genera nada. (...) Al vivir mi madre en la residencia he podido conocer a muchas personas que viven allí, y tener un sentimiento, un aprecio y un cariño hacia esas personas, que dices 'hay que hacer algo para cambiar el sistema y el modelo de residencias'. (Lola, C277*)

Siempre desde la experiencia cercana, personal, entrar en contacto con otras familias y participar en los grupos y plataformas permite poner esa vivencia en contexto. Noemí (C271) lo evidencia, cuando comenta que antes atribuía lo que le pasaba a la "mala suerte", hasta que al integrarse en Marea de Residencias conoció y contrastó otras experiencias, "y ahí ya fue cuando yo me enteré de que había mucha gente como yo, con situaciones peores (...). O sea, todo lo que a mí me pasaba que me decían que era mala suerte, la dirección, que yo era un poquito especial, que a mí me han llegado a decir, bueno pues ya me di cuenta de que no". La crisis de la pandemia acelera algunas tomas de conciencia, intensifica la vertebración de las familias, aunque sea a nivel de su propia residencia. Como señalaba Azahara (C280), principal promotora de un grupo concreto de familiares: "esto sí que nos ha dado más fuerza, a nivel de grupo, hemos compartido más información; pero mientras no llegó el covid, tú veías lo que pasaba alrededor de tus padres, nada más".

4.7. VALORACIÓN Y PRISMAS DEL CUIDADO: INVISIBILIDAD, VULNERABILIDAD Y SIGNIFICADOS

El trabajo de cuidados incluye una parte que se realiza de manera directa (ayudar a comer, asear a una persona, vestirla) y otra que toma una forma indirecta: preparar la comida, limpiar y realizar tareas domésticas variadas, que son necesarias para completarlo (Organización Internacional del Trabajo [OIT], 2018). En ambas está presente una dimensión subjetiva, relacional y emocional del cuidado, que no se contempla desde una observación centrada estrictamente en la vertiente material del trabajo. En los centros residenciales el trabajo directo lo llevan a cabo gerocultoras y auxiliares de clínica o enfermería y el trabajo indirecto otro personal de base (limpiadoras y cocineras), personal técnico (terapeutas, terapeutas ocupacionales, trabajadoras/es sociales y personal sanitario, principalmente) y personal directivo. Con independencia del tipo de actividad, directa o indirecta, material o subjetiva, remunerada o no, este trabajo es social y económicamente invisible[50], lo que denota escasa valoración en todos los ámbitos.

Para dar cuenta del estado del trabajo de cuidados en las residencias tomamos en consideración los siguientes aspectos: en primer lugar, el contexto de los servicios sociales en el que está inserto; en segundo lugar, la vulnerabilidad de sus receptores por razones de vejez y socioeconómicos; en tercer lugar, la feminización del sector; en cuarto lugar, la percepción y los significados del cuidado entre las trabajadoras; y, por último, la imagen transmitida por los medios de comunicación durante el periodo crítico de la pandemia.

4.7.1. LOS SERVICIOS SOCIALES COMO MARCO DEL TRABAJO DE CUIDADOS

En el Estado español, la crisis del coronavirus ha puesto al descubierto la posición subordinada del cuidado en todas sus dimensiones (remunerado y no remunerado) así como la fragilidad del sistema público de dependencia, que entró en funcionamiento en 2007. Fragilidad del modelo de cuidados e invisibilidad son características comunes a las observadas también en otros países europeos. Mary DALY (2020) ha estudiado, para el caso de Reino Unido, la respuesta política dada por este país al tsunami causado por la pandemia en las residencias. Afirma que esa respuesta ha sido lenta, tardía e inadecuada. Las causas de esta ineficacia son de varios tipos: estructurales, como la separación entre el Servicio Nacional de Salud (NHS) y los Servicios Sociales, donde media una relación de jerarquía; el complejo sistema de provisión de cuidados para las personas mayores y la dependencia generalizada que el sector residencial tiene con respecto al mercado. A ellas se suman otras causas políticas y culturales, como el bajo compromiso de los gobiernos con el cuidado social, la escasa movilización del sector y el resultado de políticas de austeridad y desinversión llevadas a cabo por los gobiernos conservadores. Un diagnóstico que bien puede aplicarse al caso español, que ha acusado las mismas debilidades. Las consecuencias de tales carencias se han reflejado en que la pandemia ha impactado con más fuerza en uno de los grupos sociales más vulnerables de la sociedad: las personas mayores institucionalizadas en centros residenciales.

El discurso de personas expertas y del personal que trabaja en las residencias coincide básicamente en los mismos argumentos de infravaloración y subordinación descritos. Se califica a los servicios sociales como el hermano pobre del sistema de salud o, con otras palabras: "los servicios sociales siempre somos el patito feo" (Concepción, C212). Las profesionales del sector no dudan en vincular la debilidad del modelo público de atención a

[50] María Ángeles DURÁN (2018) ha titulado su reciente tratado sobre esta actividad como *La riqueza invisible del cuidado*, mostrando la centralidad del cuidado como una necesidad social básica a la vez que económica y socialmente invisible.

la dependencia con los efectos de la pandemia en las residencias. Así lo resume la directora de un centro de titularidad pública madrileña:

> Lo cierto es que al final, el coronavirus, nos ha llevado a la visibilización del fracaso o de la merma del sistema público de salud. Es un hecho indudable, donde ha habido una conducta idealista profunda, que es el abandono de los mayores y además ha puesto en tela de juicio el sistema público de servicios sociales que ni siquiera había empezado a caminar. (Telma, C213)

Las decisiones políticas y las medidas adoptadas por algunas comunidades autónomas durante la primera fase de la pandemia, en el sentido de aglutinar bajo un mando único (sanitario) las competencias en materia de servicios sociales, no han hecho sino confirmar la posición subordinada de los servicios sociales con respecto al sistema de salud. Las tensiones entre uno y otro no se han visto aminoradas, sino que, por el contrario, se han hecho más evidentes: por ejemplo, como hemos señalado en apartados anteriores, en general, el personal de enfermería ha optado, siempre que ha podido, por trabajar en el sistema sanitario, "pero eso es una cosa y otra muy diferente que en una situación de cuidado como esta unos sean héroes y otros seamos villanos", señala la directora de una residencia (Eba, C253). En este sentido, Eba reflexiona: "Ahora mismo no se nos respeta, los sanitarios son trabajadores de primera y se les dan premios y a nosotros es como ´ostia a esta gente hay que hacerle la PCR porque son los que contagian a nuestros abuelos´". En los mismos términos se expresa una profesional de la psicología (Sarai, C238): "¿si se han demonizado las residencias? Pues al principio un poco, porque mientras los sanitarios de los hospitales eran los héroes en residencias eran los villanos". Un representante empresarial se expresa de igual manera:

> (…) los hospitales han dicho: ´no se ha podido hacer más, hemos hecho todo lo posible, todos los profesionales han hecho lo mejor de sí mismos´, y todo el mundo lo ha aceptado. Y, sin embargo, se muere la gente en las residencias ´algo se habrá hecho mal, no tienen personal, el modelo es una porquería, pagan poco…´, ¿sabes? Yo me parece una visión injusta de la realidad. Se te muere una persona en la residencia ya te digo yo, o sea, no decide la residencia si se deriva a una persona al hospital, es el hospital el que decide si esa persona viene o no. Por lo tanto, si no se lo han llevado, nunca es por la iniciativa de la residencia. Siempre lo ha sido por el tema del hospital. (José Mª Toro, C198)

Como se ha visto en relación con los protocolos, desde las direcciones de los centros se critica abiertamente la incompetencia de las autoridades sanitarias a la hora de atender las demandas de los centros: no han garantizado el cuidado y el derecho a la salud de las personas residentes, pero, además, han impedido a las directoras hacer su trabajo de forma correcta. En opinión de estas profesionales, resulta imprescindible una coordinación eficaz de los sistemas de servicios sociales y de salud, que no ha existido; así como, a nivel local, la gestión y el trabajo conjunto de los servicios de atención primaria social y sanitaria. Las personas mayores deben sentir que están bien atendidas en la residencia, pero también, que lo estarán si requieren cualquier tipo de asistencia fuera de ella.

4.7.2. INVISIBILIDAD DEL CUIDADO: VULNERABILIDAD Y VEJEZ

El sector del cuidado reúne a más de 380 millones de personas en el mundo (OIT, 2018: 13). A pesar de que acoge a un amplio universo de población encierra un trabajo invisible, sea remunerado o no. A la debilidad del propio sistema público de cuidados se une el contexto de vulnerabilidad en el que se desenvuelve. En el caso de las residencias el cuidado se procura a personas dependientes, mayores, que se encuentran en la etapa final de su vida: "no ves el fruto a tu trabajo porque es difícil que mejoren" (Beatriz, C237).

Hace treinta años, un artículo de María Teresa BAZO (1991) recogía la visión que la opinión pública tenía entonces sobre los centros residenciales: "El antiguo Asilo o Casa de

Misericordia, que la imaginación popular asocia con la indigencia y el abandono familiar, ha ido cediendo paso en las sociedades actuales a la 'residencia'". La cultura del cuidado de hoy en día se ha desvinculado en gran medida de ese origen, aunque se mantiene en el imaginario colectivo la idea de que "ir al asilo" es el peor destino para una persona mayor. Los medios de comunicación "venden las residencias como gente que pudiendo estar en sus casas, están ahí…", expresa Juan (C257), enfermero. La preferencia por el cuidado en casa y con la familia es la mayoritaria; se sigue considerando que las personas mayores están mejor en su casa. De hecho, así se manifiesta en los sondeos de opinión pública realizados por el Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS) y en otros estudios cualitativos (MORENO-COLOM *et al.*, 2016): las personas, cuando son mayores, quieren ser cuidadas en su casa y por su familia. Pero el cuidado en casa no siempre es posible ni deseable[51]. La directora de una residencia de titularidad pública, gestionada por una fundación, explica las diferencias entre el cuidado en casa y en una institución:

> Pero es que, intentamos todos cubrir lo básico (...) También es verdad que oye: 'cariño, venga pues si no te levantas…', tú imagínate pues un abuelo, pues que está cansado, que le duelen los huesos: ´te tienes que levantar, porque tienes que desayunar, porque yo tengo que levantar al resto de los abuelos, porque…´, a mí me obligan a que ese abuelito esté aseado, esté levantado ¿sabes? Tú en tu casa, no sé si te ha pasado, si has tenido la suerte de poder tener a tus padres, o lo que sea, pues tú te das cuenta: ´va, venga levántate. Bueno, venga te dejo media hora´. Nosotros en los centros, la institución no te permite hacer eso, porque sería eso un caos, ¿por qué?, porque no tienes medios, ni tienes gente que lo haga, pues ya te digo un abuelo, un auxiliar, eso es una tontería. (Concepción, C212)

Si se exceptúan las residencias privadas de élite donde las personas residentes con alto poder adquisitivo acceden sin limitaciones, la mayor parte de la población tiene dificultades para costear el cuidado remunerado y, en particular, el acceso a una residencia. Como señala María Ángeles DURÁN (2018: 238-239): "la inmensa mayoría de los hogares no tiene posibilidad de detraer de sus rentas suficiente cantidad para pagar una residencia no subvencionada, aunque sea modesta y solo ofrezca servicios básicos". Los poderes públicos, responsables de aplicar la Ley de Dependencia (Gobierno central, de las comunidades autónomas, diputaciones forales y/o ayuntamientos) son los encargados de garantizar el acceso a estos servicios. Sin embargo, como recoge la Asociación de Directoras y Gerentes, dista de ser una realidad para un amplio sector de población: "En España hay 232.243 personas en el 'limbo de la dependencia' que, a pesar de reconocerles el derecho, no reciben prestación ni servicio. A ellos hay que añadir 141.556 personas que están pendientes de valoración. Con lo cual, la desatención (pendientes de valorar + limbo) alcanza a 344.568 personas. El tiempo medio de tramitación de un expediente es de 432 días"[52]. Las dificultades para acceder ponen de manifiesto la ineficacia e insuficiencia del sistema para absorber la demanda, especialmente la de aquellos grupos sociales con menos recursos y que dependen en mayor medida de las ayudas públicas. La pandemia no ha hecho sino agravar la situación. José Manuel Ramírez, director de la Asociación de Directoras y Gerentes de Servicios Sociales, explica las causas de las deficiencias:

> ... la covid ha representado un auténtico destrozo en el Sistema de Atención a la Dependencia. Por una parte, por la desidia e impericia de nuestros gobernantes, tanto los de la Administración general, como de la Administración autonómica. Por otra parte, por la complejidad de los procedimientos, o sea, se ha demostrado clarísimamente que el procedimiento administrativo no compadece con las necesidades, no solo en dependencia, también en los Servicios Sociales. Es decir, las salidas de emergencia social se tardan en dar

[51] El cuidado en casa, mayoritariamente a cargo de las mujeres, requiere una elevada inversión en tiempo, lo que afecta a las oportunidades de empleo de las cuidadoras, refuerza la división sexual del trabajo y, con ello, la desigualdad de género (GARCÍA SAINZ, 2021).

[52] Asociación Estatal de Directoras y Gerentes de Servicios Sociales, Nota de Prensa, 19 de enero de 2021.

> un mes y medio. En el Sistema de Atención a la Dependencia, no ha tenido capacidad de adaptarse a los procedimientos que exigía la covid. (José Manuel Ramírez, C241)

En este contexto, la demanda de ingreso a una residencia entre las personas económicamente vulnerables no se satisface a corto plazo. Cuando logran acceder, tras largos meses de espera, son los centros públicos, los privados con plazas concertadas, o algunos religiosos[53] los que las acogen. De ahí que se considere que "los servicios sociales solo atienden a los pobres", como afirma José Mª Toro, presidente de AERTE y secretario general de CEAPs. Efectivamente, la polarización de opciones según el poder adquisitivo contiene un riesgo de segmentación del mercado del cuidado (DURÁN, 2018: 243), con plazas de lujo para quienes pueden permitirse residencias de alto coste y otras para pobres que no pueden elegir.

Si nos fijamos en la relación entre cuidado, dependencia y personas mayores, encontramos la noción de vejez como una construcción social sustentada en estereotipos en los que predomina lo biológico frente a lo social. Como explica Mónica RAMOS (2018: 83), se estigmatiza y se margina por el hecho de cumplir años, lo cual refleja una visión edadista de la sociedad. La indiferencia y el abandono son prácticas discriminatorias que ya se podían identificar en el sector de las residencias con anterioridad a la pandemia y han aflorado con ella. Como señala un profesional de enfermería: "nos habéis dejado de la mano de dios a los más vulnerables" (Juan, C257), y también corrobora una limpiadora de una residencia privada: "Ninguneados, ninguneados, totalmente. Los abuelos han estado ninguneados. Es una… población que no se la ha valorado" (María José, C234). Un gerocultor y una psicóloga opinan en el mismo sentido:

> Porque realmente una residencia pues viene a ser una casa de personas mayores que ya han cumplido su ciclo laboral y para mi opinión no está valorado de cara al Estado el hecho de que las personas mayores tengan un buen nivel de vida. (Damián, C001*)

> Lo vemos como una fase de vida en la que sobramos socialmente y creo que eso es un problema, porque cada vez la esperanza de vida es mayor, pero a la vez socialmente el peso de los cuidados… entonces socialmente ¿dónde ubicamos el cuidado? pues en la molestia, pero a la vez son nuestros padres, son personas que queremos… (Sarai, C238)

Como hemos indicado anteriormente, en los centros de mayores, en el conjunto estatal, el 80% de las personas tiene más de 80 años. A mayor edad, mayor grado de dependencia. El perfil entre las personas residentes tiene cada vez en mayor medida una característica común, un estado de salud delicado: "Los que están en una residencia es porque no pueden estar en otro sitio, luego, son muy enfermos, y muy dependientes en términos generales" (Juan, 257); "Los casos que nos llegan, es, ´mira, es que yo no puedo atender a mi madre aquí…´; hay que atenderles porque en casa no pueden estar…" (Concepción, C212); "las personas que atienden ahora son dependientes (grado III y algunos grado II)" (Telma, C213); "hace un par de décadas las personas que entraban en residencias eran más autónomas, ahora son más dependientes" (José Mª Toro, C198). El hecho es que las familias optan por una residencia cuando no pueden atender a la persona en casa, como ha quedado de manifiesto en el apartado anterior (véase Capítulo 2). La decisión de llevar a familiares a las instituciones aparece como el último recurso cuando el cuidado en el hogar resulta insuficiente (BEIJING PLATFORM FOR ACTION, 2020: 60). Los servicios sanitarios tampoco acogen a personas dependientes ni en situación de cuidados paliativos; las residencias aparecen, así, como único lugar (o el no lugar) en el que atenderles:

> De hecho, antes existían servicios de atención al final de la vida. Los han quitado. Los servicios, los centros de [atención] al final de la vida, sobre todo para personas mayores que eran centros de paliativos, eran centros dependientes del sistema público de salud. Cuando

[53] Algunos de ellos se guían todavía por la beneficencia y la caridad, lo que pone en riesgo la calidad del cuidado en momentos críticos (RICO, 2021: 221).

> llega la dependencia, se acabó. Las derivaciones de los, de las personas mayores en situación de dependencia paliativa se derivan a las residencias… Las residencias no estamos dotadas para atender cuidados paliativos. (Telma, C213)

La situación de incapacidad de las personas para valerse por sí mismas requiere de una alta dedicación e inversión de tiempo. Como se ha señalado, es una de las razones principales para externalizar el cuidado y buscar el apoyo institucional. Se trata de un rasgo que caracteriza los cuidados de mayores, pero también los casos de discapacidad y su derivación a centros residenciales especializados. Así lo confirma la directora de una residencia de este tipo destinada a mujeres discapacitadas:

> Son personas que necesitan casi todo… todos los apoyos en su vida diaria. Algunas sí que deambulan, pero necesitan que se las dé de comer o…, todas tienen muchas necesidades. Muchas necesidades de apoyo. Y, luego, el otro grupo de mayores de 45 años, pues son más independientes. Son más autónomas, también. (Verónica, C227)

El colectivo de población mayor es diverso, pero cuando la vejez intersecciona con la dependencia, la escasez de patrimonio o de recursos (pensiones bajas) e institucionalización, la vulnerabilidad se intensifica y con ella el riesgo de exclusión social. En una sociedad mercantilista como la actual, cuando las personas no forman parte del mercado de trabajo, ni tienen perspectiva de hacerlo, la sociedad las considera una carga, no son un grupo apreciable. Algo muy diferente ocurre cuando se trata del cuidado de criaturas. Las personas entrevistadas afirman que la desvalorización del trabajo de cuidados tiene que ver, sobre todo, con la falta de consideración hacia las personas mayores: "Es la vejez lo que está devaluado socialmente y por eso el sector está desatendido" (José Mª Toro, C198); "lo que está en la base de todo, de toda la explicación, es la discriminación hacia las personas mayores" (Pilar Rodriguez, C189).

4.7.3. INVISIBILIDAD Y FEMINIZACIÓN DEL CUIDADO

Si la invisibilidad del cuidado se asocia con la vulnerabilidad y la vejez como uno de sus rasgos característicos, la feminización del sector sería otro de los aspectos que explican ese estatus. El cuidado tiene género: de las mujeres se espera que cuiden, que se impliquen moralmente, que donen su tiempo (COMAS-D'ARGEMIR, 2017). Como muestra la literatura especializada, y confirman las encuestas de uso del tiempo, las mujeres asumen la mayor parte del trabajo doméstico y de cuidados en la mayoría de los países. Son mujeres quienes cuidan en los hogares, de manera remunerada y no remunerada; son mujeres quienes se ocupan de la atención domiciliaria y son mujeres mayoritariamente, quienes conforman las plantillas en los centros residenciales. Además, las personas más necesitadas de cuidado son también y, sobre todo, mujeres mayores, dado que la esperanza de vida es más alta entre la población femenina y la circunstancia de edad, por la diferencia etaria entre los cónyuges, hacen más probable en ellas la viudedad y el envejecimiento en soledad. Las mujeres españolas viven, como promedio, cinco años más que los hombres[54]. Entre quienes conviven en centros residenciales, siete de cada diez son mujeres[55].

La feminización es un aspecto principal y distintivo del cuidado; tanto si se refiere a la esfera doméstica o la pública, al mercado o al voluntariado, se trata de una actividad mayoritariamente femenina; en esta línea, un segundo aspecto que lo caracteriza es su vínculo con las tareas desempeñadas en el ámbito doméstico-familiar (TORNS, 2008: 66). El cuidado remunerado no es sino una extensión de las funciones que las mujeres han asumido

[54] Según el Instituto Nacional de Estadística (INE), en 2019 la brecha era de 5,36 años favorable a las mujeres.

[55] IMSERSO (2020); Asociación Estatal de Directoras y Gerentes de Servicios Sociales (2021).

tradicionalmente en el hogar (ENGLAND, *et al.*, 2002: 456). El origen del cuidado, como expresión de caridad, altruismo, o trabajo realizado por amor, refuerza el vínculo entre hogar, familia, maternidad y mujer del que se alimentan las culturas predominantes del cuidado. Bajo esta visión el cuidado se "naturaliza" y se idealiza, por lo que pierde su connotación como trabajo y se distancia de su dimensión social, definida como *social care* (DALY y LEWIS, 2000). Las posiciones al respecto de una animadora sociocultural y de un representante de la patronal del sector, del Grupo Social Lares[56], remiten al significado y a la imagen femenina del cuidado:

> Para mí el cuidado es tener amor. El cuidado a una persona es darles el amor que todo ser necesita para sentirse íntegro, digno, feliz y completo. El cuidado se encuentra en todos los gestos que yo hago en el día, tanto con mi familia, mis amigos, la pareja, como, sobre todo, en mi trabajo. Siempre he pensado que lo que yo hago es dignificar la vida de las personas. El cuidar a alguien es eso, es darle la importancia que tiene en el momento que está y darle todo lo mejor que yo puedo ofrecerle. Es una pregunta un poco difícil. Atender las necesidades de todo el mundo y, bueno, para eso estoy. (Carla, C214)

> Como cuidar es cosa de mujeres, sabe usted, que ha sido siempre cosa de mujeres, pues, bueno, pagamos a una persona que se dedique a cuidar lo más valioso para nosotros y le dedicamos menos que lo que dedicamos a una persona por meter cubitos de hielo en una bolsa. ¡Esta es la realidad! Este es nuestro modelo en todos los sitios, ¡y nadie quiere hacerlo, porque cuidar no está prestigiado! De hecho, no he visto ningún anuncio en la televisión pública madrileña ni en la estatal ni en ninguna en el que se ponga en valor el cuidador de una residencia; ¡es el sanitario! ¡Es el que cura! Son los héroes, siempre lo han sido. ¡Es curar, no cuidar! Una mujer, forma parte de lo normal, ¡es lo que se hace! Si no somos capaces de entender que como sociedad lo primero que debemos hacer es velar por cuidar y defendernos los unos a los otros, ¡pues estamos perdidos como sociedad![57]

La sobrerrepresentación de las mujeres en el ámbito del cuidado refuerza los estereotipos de género. La idealización y la valoración individual de la actividad no contribuye a dignificarlo, sino que, por el contrario, confirma que ser cuidadora es "estar material y simbólicamente subordinada" (BEIJING PLATFORM FOR ACTION, 2020: 65). Otras autoras van más allá en este planteamiento y señalan que no es el cuidado solamente lo que está devaluado, sino que es el propio hecho de ser mujer lo que está devaluado en la sociedad patriarcal. Por lo tanto, "todos los trabajos que se identifiquen como femeninos, carecen de valor social" (CARRASCO *et al.*, 2011: 72).

Al igual que en otros ámbitos del cuidado (empleo de hogar, cuidado no profesional) el perfil demográfico de la población ocupada en residencias presenta rasgos de género, de edad y también de extranjería, como ya hemos puesto de manifiesto al comienzo de este capítulo. Es un sector feminizado con una media de edad alta y con elevada presencia de personal inmigrante: "Aquí casi el ochenta y tantos por ciento de nuestro personal es sudamericano" (Beatriz, C237), todo lo cual acumula desventajas en un mercado laboral que las segrega ocupacionalmente.

La concentración de mujeres trabajadoras en el sector del cuidado tendría que ser, en opinión de algunas directoras y de especialistas en este campo, un estímulo para que las políticas públicas desarrollen una perspectiva de género en el sistema público de dependencia. Si no se atiende a esta realidad se reproducen los roles de género, tal y como ha venido ocurriendo en

[56] Lares agrupa a las residencias religiosas españolas y sin ánimo de lucro; esta entidad representa a 1050 centros en los que trabajan más de 33.000 profesionales que atienden a más de 70.000 personas. La Iglesia católica reúne, solo entre las cinco principales entidades, más de 23.000 plazas; es el mayor operador de residencias en España (*Diario de Sesiones de la Asamblea de Madrid*, 18 de diciembre de 2020; RICO, 2021: 122 y 205).

[57] Diario de Sesiones de la Asamblea de Madrid, 18 de diciembre de 2020, p. 20289.

general con el desarrollo de la Ley de Dependencia[58]. En el ámbito de las residencias se verifica la misma división: una segregación laboral horizontal por la que las mujeres ocupan los puestos menos valorados de la pirámide (limpiadoras y cuidadoras principalmente)[59]. Como señala Pilar Rodríguez, presidenta de la Fundación Pilares, el modelo de cuidados centrado en la persona no puede ignorar la perspectiva de género:

> Sentirse bien ambos: la persona a la que cuidamos y sentirnos bien nosotras, como cuidadoras, que somos sobre todo mujeres. Ese, sobre todo, es el problema… Normalmente, las personas que vienen a la formación de familias son mujeres y, entonces, trabajamos desde ahí, cómo…, bueno, pues cómo trabajar con sus maridos, sus hijos, para que colaboren, también, con el cuidado, para que ellas no se sobrecarguen ni piensen que son las únicas que pueden desarrollar este cuidado. (Pilar Rodríguez, C189)

Sin embargo, el modelo de ACP, que pone énfasis en la destinataria de cuidados puede desenfocar la situación de las cuidadoras. Para evitarlo, debe ser un modelo "equilibrado" (Telma, C213); es decir, debe garantizar que se producen relaciones trasversales entre los sistemas implicados, ha de tener en cuenta la perspectiva de género del cuidado, porque las cuidadoras juegan un papel central. Con este enfoque se trata de prestar atención a las condiciones de trabajo de las cuidadoras, a las ratios de personal, a la estabilidad laboral y a los salarios; y se destaca el vínculo emocional entre trabajadoras y residentes. La directora de una residencia pública ilustra esta perspectiva:

> La OMS [Organización Mundial de la Salud] dice que la feminización del cuidado es en todo el mundo, pero de manera especial en España. El 87% de las personas cuidadoras somos mujeres. Se sigue asociando, es decir, si además de hacer un análisis de qué significa cuidados, no incorporamos la perspectiva de género en el cuidado, cometemos un error… Pero ¡ojo!, que la OMS también denomina al 38% de ese 87%, de mujeres cuidadoras, las llama las pacientes ocultas. ¿Cuántas mujeres cuidadoras tenemos, que el periodo que están cuidando, no se cuidan? Porque: 'Tiene usted que operarse de rodilla. Si claro, y ¿a quién dejo al abuelo?' Hay que dignificar la profesión del cuidado. Hay que dignificarla. Y segundo, hay que visibilizar a todo el entorno del cuidado. (Telma, C213)

> Es importante que como sociedad se reconozca el valor entre todo el personal que se dedica al sector, en la inmensa mayoría somos mujeres, y que tengamos unos salarios reconociendo ese valor. Yo creo que la intervención pública tiene que ser importante, porque a nivel privado no se sostiene, por la importancia del tema de los cuidados. El capital aquí más importante es el humano, no puedes poner a un robot, aunque he escuchado noticias sobre ello, el intento de inventar robots que a nivel sanitario te puedan vestir, asear y todo. Pero ahí hay una parte de deshumanización, porque en el trabajo es muy importante la tarea, pero la tarea no lo es todo, hay esa parte emocional que tienes que revestir a la tarea, ese plus de preferencia, ese contacto, esa socialización. Y eso no se consigue ejecutando la tarea a la perfección y ese plus lo dan las personas. Por eso es importante que se invierta en servicios sociales y para todo esto falta dinero. (Argiñe, C335)

4.7.4. SIGNIFICADOS DEL CUIDADO: DIGNIFICAR, ACOMPAÑAR, LIMPIAR

En las entrevistadas realizadas, las trabajadoras se reconocen en la actividad de cuidar, como expresa una directora: "en gran medida muchos de nosotros nos significamos también a través de ese cuidado ¿no? Realmente yo creo que lo que hacemos es muy importante, pero es muy

[58] Hasta ahora, los cuidados dentro y fuera del hogar, en el marco de la Ley de Dependencia, se mantienen bajo la responsabilidad de las mujeres, como recoge la ASOCIACIÓN ESTATAL DE DIRECTORAS Y GERENTES DE SERVICIOS SOCIALES (2021).

[59] De igual manera puede hablarse de segregación vertical. Si bien en la dirección de los centros se halla una amplia presencia de mujeres no ocurre lo mismo en otros cargos directivos ni en las representaciones patronales del sector. Frente al *glass ceiling* se localiza aquí el *glass escalator* que indica la facilidad con la que muchos varones alcanzan puestos directivos en sectores en los que las mujeres están sobrerrepresentadas (BEIJING PLATFORM FOR ACTION, 2020: 66).

difícil trabajar en esta situación tan dura y recibir esos inputs de la sociedad…" (Eba, C253). Las profesionales del sector coinciden en la escasa valoración que recibe su trabajo por parte de las autoridades de las que dependen:

> He echado de menos respeto, de las Administraciones y de la sociedad, ni siquiera reconocimiento, a mí eso de la palmada en la espalda… no lo necesito… Siento que no nos respetan y que no tienen conciencia de lo que nosotras estamos haciendo ni quieren tenerla, no solo que no sepan, sino que tampoco lo quieren saber. (Eba, C253)

Una posición bastante extendida entre las cuidadoras es la que denuncia falta de interés social y político por su trabajo. Quienes así opinan, demandan atención y reclaman mejoras de calidad en todos los ámbitos, en la parte de las cuidadoras y en la de las receptoras. El cuidado, dicen, debe dignificarse: "… Si hablamos de dignificar el cuidado, hablamos de dignificar a la persona. Y la dignificación de la persona pasa por que tenga muchas más cosas que un pañal que hay que cambiar…" (Telma, C213). En el discurso de las trabajadoras está el reconocimiento del cuidado como una actividad que las identifica y que quieren resignificar en los centros y en el entorno social. Solo en algún caso se rehúye el termino cuidar en favor de otros como "trabajo asistencial" (Rodrigo, C171). Las directoras resumen la acción de cuidar mostrando que va más allá de la mera dimensión material:

> El término cuidado cubre mucho, y de cara a las familias…, tú puedas pensar que me vas a traer a tu madre a mi centro, el tema cuidado como que relaja mucho. O sea, que mi padre, mi madre está "muy cuidada". Pero claro, es que el cuidado no es darle de comer, darle todo, hay otro punto, componente muy importante ¿sabes?, que esa persona tiene unos vínculos, tiene unos afectos, tiene…, entonces claro, eso, eso la familia te lo deja [a ti]. (Concepción, C212)

La experta Pilar Rodríguez, reafirma el potencial edificante y constructivo del término "cuidar"; reivindica su uso compartido: "Cuidar, cuidarse y sentirse bien". Es el título que la Fundación Pilares dedica a una de sus primeras guías[60]. Una tarea que debe dignificarse. Pilar Rodríguez, presidenta de esta fundación, expresa su opinión al respecto de esta forma:

> Pues tiene que cambiar e ir hacia una dignificación del trabajo de cuidar. Y esto tiene muchas facetas. Primero, que la sociedad valore más el trabajo de cuidar y, asociado a ello, que haya esta dignificación de los cuidados tiene que pasar porque haya una ampliación de las ratios, por ejemplo, en las residencias. Es insuficiente el número de gerocultoras que hay. Y también por una mejora de la retribución salarial. (Pilar Rodríguez, C189)

La falta de una definición homogénea y compartida del término "cuidado" es uno de los puntos débiles del estatus teórico de esta actividad. Algunas autoras, como Carol THOMAS (2011) y María Ángeles DURÁN (2018) entre otras, han llamado la atención sobre el problema de esta indefinición y las dificultades que plantea para avanzar en su análisis científico, pero también a la hora de articular su encaje en las políticas públicas. En este sentido, José Manuel Ramírez, presidente de la Asociación de Directoras y Gerentes de Servicios Sociales, ubica los cuidados en el marco de los servicios sociales sujetos a un plan transversal que debe conectar los distintos ámbitos de la sociedad:

> El sistema de cuidados, no debe ser considerado como un cuarto pilar del bienestar, sino que debe articularse con tres sistemas: (a) el sistema de educación (niños/as de 0 a 3 años); (b) el sistema sanitario, en su atención a crónicos (que no corresponde a los servicios sociales, pero que algunas multinacionales pueden ver como fuente de negocio), y (c) los servicios sociales,

[60] La Fundación Pilares es pionera en la propuesta de desarrollar un modelo de atención integral y centrada en la persona. La primera Guía de la Fundación Pilares para la autonomía personal, se publicó en 2014 y lleva precisamente este título: *Cuidar, cuidarse y sentirse bien. Guía para personas cuidadoras según el modelo de atención integral y centrada en la persona.* (RODRÍGUEZ *et al.*, 2014).

> donde hay que tener en cuenta a otros grupos sociales (familias monoparentales, entre otros). Hay palabras como 'cuidados' que se pervierten; se asocia a los enfermeros, mientras los médicos curan, los enfermeros 'cuidan'. Los cuidados serán un 'plan' que interactúa con los otros tres sistemas. La palabra 'cuidados' se utiliza de manera perversa. (José Manuel Ramírez, C241)

En la práctica, la realización del cuidado va más allá del desempeño material, porque el buen cuidado involucra aspectos intangibles, como responsabilidad y preocupación (MARTÍN PALOMO, 2016: 41); contiene cualidades morales: relacionales y emocionales (LEGARRETA, 2017). María Ángeles DURÁN (2018: 136) distingue entre la responsabilidad de la ejecución del cuidado, entre otros conceptos. En suma, para Dolors COMAS-D'ARGEMIR (2019: 14): "Cuidar es alimentar, proporcionar vivienda y vestido, criar a niños y niñas, asistir en la enfermedad, dar consejos, ayuda práctica y emocional". A menudo este cometido significa acompañar, escuchar, estar alerta, procurar afecto… para trasmitir bienestar a la persona cuidada (FOLBRE, 2018); es decir, tareas que requieren tiempo en cantidad y calidad. Esta dimensión relacional no se explicita en el catálogo de tareas laborales, pero es una parte esencial del trabajo de cuidados de calidad, como deja entrever Jenny:

> Y duele [la falta de reconocimiento], pero duele no porque te pongan una medalla o no, ni porque te lo reconozcan ni porque mencionen tu nombre, sino porque pienso, tarde o temprano todos vamos a ser mayores. Y yo, yo lo digo, ojalá yo, si algún día tengo que estar en una residencia, me tocase una persona que se entregase la cuarta parte de lo que se entregan mis compañeros al cuidado de los residentes, con la cuarta parte me doy por satisfecha. (Jenny, C286)

Las cuidadoras directas, auxiliares de clínica y gerocultoras, acusan, reiteradamente, la falta de reconocimiento social, cuando no desprecio e infravaloración, hacia su trabajo; un hecho que cabe atribuir a los prejuicios que algunos sectores de la población desarrollan hacia las y los trabajadores socialmente frágiles. Una gerocultora de una residencia pública y un gerocultor de otra privada, respectivamente, expresan así el menosprecio que perciben como profesionales del cuidado por parte de personas conocidas o allegadas ajenas a las residencias:

> Sí, y sí que es verdad que bueno, por las redes circulan muchas cosas que si somos limpiaculos, que si somos los que dan la papilla..., me duele más que quizás no..., que el hecho que no reconozcan mi trabajo. Porque digo, cómo se nota que no han vivido lo que hemos vivido dentro de los centros, digo centros a las residencias, los hospitales… (Jenny, C286)

> Realmente esta gente, ¿por qué no está tan valorada?, o que tú digas, trabajo en una residencia y ya todo el mundo asocie: 'Ah pues limpias culos', no, yo no limpio culos, yo cuido personas. Y si a esa persona hay que limpiarle el culo, se lo voy a limpiar, pero también voy a hacer que cognitivamente estén bien, que físicamente este lo mejor que pueda, que se valore realmente lo que es un trabajo en una residencia, que no se asimile directamente con 'ah pues limpias culo'. Ese reconocimiento yo creo que ya sería un punto muy a favor. (Damián, C001*)

Si por un lado se constata la infravaloración social del cuidado como manifiestan las profesionales de los centros, no ocurre lo mismo de puertas adentro, donde quienes conocen de cerca el trabajo lo valoran, aunque no se traduzca en compensaciones o gratificaciones concretas. Por ejemplo, las directoras reconocen que las auxiliares de clínica y las gerocultoras son "la base de la pirámide" de los centros (Beatriz, C237), porque tienen a su cargo la responsabilidad del cuidado directo imprescindible para asistir a las personas residentes. En consecuencia, se aprecia cierta incoherencia entre la infravaloración social del cuidado del ámbito sociopolítico y el reconocimiento del trabajo de las y los profesionales en el entorno residencial más cercano. Un enfermero de un centro privado expresa la paradoja entre ambos mensajes:

> Yo sí que en mi centro me considero una persona reconocida. A nivel global y a nivel nacional… a nivel de… al final lo que vale son los convenios que firman las autonomías, que se firman en los BOEs y que firman los sindicatos. A ese nivel me parece una porquería. (Ángel, C063)

En el imaginario colectivo la limpieza no forma parte del ámbito del cuidado, limpieza y cuidado se consideran áreas separadas. De hecho, la relación entre ambos forma parte del debate surgido al hilo de la profesionalización y la implantación de sistemas públicos de cuidados. Limpiar y cuidar entrañan quehaceres diferentes, pero, de acuerdo con la definición del trabajo de cuidados de la OIT (2018), no cabe duda de que la limpieza forma parte de este sector en tanto que cuidado indirecto. En la práctica, cuando a las auxiliares de limpieza se les pregunta sobre la autopercepción del trabajo que desempeñan, sus respuestas confirman la distinción de ambas actividades; en general, no se incluyen como cuidadoras, probablemente porque limpiar está considerado un trabajo básico y porque es posible que traten de poner distancia entre su ocupación y la de las cuidadoras directas (auxiliares y gerocultoras).

Probablemente el escaso prestigio que acompaña al oficio de limpiadora, asociado a la baja cualificación y bajo salario, conduce a que algunas auxiliares de limpieza no se sientan satisfechas con el trabajo que realizan, "limpio, hago camas y pongo comidas y friego cacharros, ya está, básicamente ese es mi día a día, entonces pues no me entusiasma" (Rocío, C231). Otras, por el contrario, han tomado conciencia, en este tiempo de pandemia, de lo fundamental que es su trabajo para el normal desempeño de otros, y para la propia sociedad, y se sienten ahora empoderadas: "su trabajo es también muy necesario, súper necesario, pero si yo no limpiara, ellas no podrían trabajar, ¿sabes? Si yo no friego donde ellas, al final se infectarían todos" (Rafaela, C033). Los discursos de las limpiadoras se presentan vacilantes en cuanto a la valoración de su trabajo, lo cual no es sino el reflejo de la incoherencia social que implica identificar un trabajo como esencial y concederle muy poca valía. Dos trabajadoras de la limpieza y una gobernanta opinan en este sentido:

> … pues limpiar... pues todos limpiamos en casa, no me lo planteaba, es un trabajo digno como todos, como cualquier otro o sea... no pensaba en este trabajo y ahora ya pienso: 'es que esta gente, si yo no estoy no come', entonces es como…. que te crea más responsabilidad. (Rocío, C231)

> Nosotras consideramos, hemos debatido algunas veces este tema. Porque hay gente que pone una distancia entre: una cosa es cuidar y otra cosa es limpiar…. De hecho, a nivel de sueldo se nota muchísimo. Tú te vas a un hospital o a cualquier sitio y una persona que limpia, digamos que es lo más básico. (Rafaela, C033)

> Nos hemos puesto a primera línea, pero de la confianza de la gente. Y a mí eso me ha encantado. Y la gente aquí ha pasado lo mismo, han empezado a confiar en la limpieza y la desinfección. A mí me ha encantado que, por ejemplo, en mi primera ficha de propuestas, yo pidiera un producto y nos felicitaron, 'perfecto'. Yo sabía que lo estábamos haciendo bien sin saber que lo estábamos haciendo bien. Pero yo te digo que a nivel profesional estamos todas mejor valorados, no solo en residencia [enfatiza "residencia"]. (Estíbaliz, C299)

Con independencia de la baja consideración social del trabajo de cuidados, las profesionales de los centros manifiestan que la valoración que realmente les satisface es la que obtienen de las personas residentes; una forma de gratificación que no tienen por otras vías, ni de sus superiores, ni de las empresas o instituciones para las que trabajan. Fuera de sus centros han recibido quejas, denuncias, incluso insultos, pero el tiempo de pandemia les ha servido para verificar el agradecimiento de muchas personas residentes y de sus familias. Una auxiliar de enfermería lo manifiesta de esta forma: "Nada, muy bien. Decían: 'Muchas gracias'. Es que, había gente que hasta se le saltaban las lágrimas. Son muy agradecidos. Eso es lo mejor que

tiene este trabajo, son agradecidos" (Ángela, C064)[61]. Sarai, psicóloga de una residencia gestionada por una entidad del Tercer Sector lo confirma:

> Y luego pues cuando hacías una videollamada también te saludan a ti, te daban ánimo… hemos recibido cosas realmente muy bonitas de familias y de residentes que realmente te emocionan. Hasta preguntarnos los residentes o comentarnos que qué duro es nuestro trabajo, o sea, como un reconocimiento inesperado en una situación… (Sarai, C238)

4.7.5. LAS RESIDENCIAS EN LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN

Si observamos algunas de las noticias aparecidas en la prensa y en los medios de comunicación audiovisuales durante los meses críticos de la pandemia encontramos titulares desalentadores, alarmistas y sensacionalistas. Estos son algunos ejemplos recogidos de la prensa escrita y de la televisión.

- "La situación de las residencias de ancianos es dramática a causa del contagio por la Covid-19", *La Vanguardia*, 01 de abril de 2020.
- "El 60% de los fallecidos por coronavirus en España eran internos en residencias de mayores", *ABC*, 14 de abril de 2020.
- "Las residencias de Madrid golpeadas por el virus: el listado de los centros donde murieron 5.954 personas", *El País*, 28 de julio de 2020.
- "43 muertos en 15 días en una residencia de mayores de Leganés Norte", *Telemadrid*, 29 de marzo de 2020[62].

Las noticias sobre residencias aparecidas en los medios, sobre todo en televisión, han priorizado el espectáculo a la información, han preferido el impacto de las cifras a los relatos profesionales: "sacaban las residencias y sacaban los coches fúnebres" (Juan, C257). En su labor informativa han obviado muchas veces el rigor profesional a la hora de seleccionar y contrastar noticias, escoger informantes, transmitir contenidos, lo que conseguía llevar a las audiencias a una lógica comunicativa oscilante, propia de la contemporaneidad, "entre el entretenimiento y el estremecimiento" (RAMOS, 1998). Un titular lo ejemplifica: "mi padre era piel y huesos; sus últimas palabras: sácame de aquí" (*El País*, 26 de diciembre de 2020). En las entrevistas se pone de manifiesto el desinterés que los medios, y la sociedad en su conjunto, han mostrado hacia las residencias: "… en cuanto a la sociedad, a las residencias se nos ha vilipendiado y nadie se ha puesto a mirar hacia dentro… Es que todo esto existía antes del covid y te ha importado una mierda, has mirado para otro lado y ahora ¿te rasgas las vestiduras?" (Eba, C253). La relación de las residencias de mayores con los medios ha pasado de la invisibilidad antes de la pandemia a la sobreexposición después:

> En los periódicos y las noticias salía mucho, los hospitales están saturados, las urgencias bloqueadas, pero me di cuenta de que no se hablaba de centros residenciales, los cuales realmente eran puntos clave, porque esta, es conocido que esta enfermedad afecta sobre todo a personas mayores. Entonces tampoco entendía por qué se estaba ignorando el hecho de que hay residencias en las cuales toda la gente que vive ahí es gente que es población de riesgo y que no se estuviera dando bombo. Entonces dije, bueno, pues ya que lo que viene a ser la sociedad informativa ignora esto, quiero ver realmente cómo se está viviendo y si puedo ayudar, ayudo. (Damián, C001*)

[61] Una auditoría realizada en la Comunitat Valenciana por la SINDICATURA DE COMPTES (2020) recoge en su informe que son los centros de titularidad pública y gestión pública los que puntúan más alto en la atención que reciben las personas residentes.

[62] Enlace.

> Cuando sale en las noticias, 'se han contagiado dos personas vacunadas'; yo puedo vivir sin esas noticias. Determinadas noticias que son impactantes, que no aportan más que miedo, ¿por qué las sacan? Es normal, lo alarmante es si después de unas semanas, no solo los 21 días, si siguen saliendo casos. Pero se intranquilizan, oyen, el personal también… Esas cosas no ayudan, (Estíbaliz, C299)

> Yo dejé de ver las noticias. Es una de las primeras cosas que hice, yo no las veía, porque me entristecía, me ponía o a veces me enfadaba y digo, 'mis recursos, o sea, mis fuerzas no están para esto. Yo me tengo que centrar en lo que tengo aquí, en el día a día'. (Argiñe, C335)

Desde las limpiadoras hasta las directoras, el conjunto del personal coincide en que los medios han hecho una propaganda de las residencias realmente dañina. Una limpiadora de una residencia privada lo expresa con estas palabras: "¿Cómo me dices a mí tú que yo estoy dejando morir a un abuelo? ¡No me digas eso, por Dios! No me lo digas, no me lo digas porque si hubiéramos dejado morir a los abuelos, no estarían infectadas mis compañeras… auxiliares. No me lo digas. Yo… ¡Uy! Y eso es una imagen para las residencias, nefasta, nefasta" (María José, C234). Un enfermero de una residencia pública abunda en la misma idea: "Yo creo que los medios de comunicación siempre han hecho un favor nefasto a las residencias, siempre. Es algo ya histórico" (Juan, C257). Y en parecidos términos se manifiesta una directora de residencia del Tercer Sector: "Se nos ha hecho una propaganda totalmente nefasta de lo que pasaba en la residencia, el aluvión de las familias. Era bestial, ¿qué estáis haciendo? ¿Qué pasa? Todos los días, cada tres días había que mandar un mensaje. Tranquilos, que estamos bien, que estamos aquí, hay un positivo, pero lo tenemos controlado. O sea, todo, todo. Y pues… en un mismo día, en esos días, la sensibilidad estaba a flor de piel" (Verónica, C227). Carme (C024*) se queja de que en televisión salía la imagen de la residencia de la que es directora, aunque hablaban de otra, lo que generó desconcierto y miedo, especialmente entre los familiares. "Mucha hambre de sensacionalismo", nos dice. Los titulares conseguían ser impactantes, aunque en bastantes ocasiones eran parciales y alejados del contexto[63]:

> Pero decían que en las residencias se les ha dejado morir, que en las residencias se acumulaban cadáveres. Claro, tú oyes eso cuando vienes de estar llamando a una funeraria y que te digan que van a tardar un día o dos porque no dan abasto, y dices: '¡Jolin! Los de la prensa, id a hablar con las funerarias para que os digan lo que está pasando'. (Ana, C289)

Las cifras de fallecimientos en los centros residenciales llenaron muchos titulares de la prensa y noticiarios de la televisión durante semanas e incluso meses. Como ocurre con las noticias que se repiten hasta la saciedad, estos *flashes* producían un efecto narcótico: "Claro, lo comparo con otros centros y digo bueno, pero bueno, lo hemos normalizado… El hecho es que normalizamos que hoy en día se mueren 400 personas y añadimos 'la curva está bajando'. ¿Perdona? 400 personas diarias muertas. A mí me parece de locos…" (Telma, C213).

Lo cierto es que este tipo de información diaria, rutinaria, sobre decesos en residencias cubrió buena parte de la programación televisiva. Las cámaras mostraron reiteradamente el ritual de salida de los féretros hacia los cementerios. Las imágenes se alternaban con otras de distintos países donde se exhibían cajas mortuorias acumuladas en hangares o escenas de enterramientos masivos. Los titulares alusivos a "fallecimientos", "muertes", "enterramientos" vinculados a las residencias daban a entender que, con carácter general, no se había hecho lo suficiente para evitar la tragedia y que había habido negligencia por parte

[63] En una entrevista realizada a la epidemióloga María Pollán, directora del Centro Nacional de Epidemiología, esta experta explica la incidencia de la letalidad entre la población contagiada detallando las cifras para el grupo de mayores de 80 años; preguntada sobre las residencias señala que: "no tenemos buena información sobre lo que ocurre en las residencias…". El titular de esta noticia es: "Las residencias de mayores han sido lugares particularmente terribles" *El País*, 04 de diciembre de 2020.

de sus responsables[64]. Con todo, las trabajadoras del sector, pero especialmente algunas directoras, se han visto criminalizadas:

> A pesar de todo lo luchado, de todo lo llorado, de estar allí jornadas de más de quince horas diarias, estuve más de sesenta y cinco días sin librar ni un solo día, ¡ni uno!, tuve que ver cómo se nos vapuleaba en los medios de comunicación diciendo que éramos asesinos y que guardábamos y acumulábamos muertos. ¿Quién creen que trabajan en las residencias? ¿Qué somos? ¿Qué somos los trabajadores de las residencias? ¿Quiénes dirigimos y gestionamos esos centros? No estamos deshumanizados. (Lídia Sánchez)[65]

Uno de los representantes de los grupos empresariales con presencia en el sector, mostró en su comparecencia, en sede parlamentaria, el mismo resentimiento en relación con el trato a dado a las residencias: "La opinión pública nos ha criminalizado… Gente llorando por las esquinas. No se puede usted imaginar. Y, encima, diciendo: ¿qué estamos haciendo mal? Se nos están muriendo. (Pausa.) Perdón. Esa era nuestra realidad: totalmente desbordados. Y después, a las 21 horas, nos culpaban en el telediario. Eso ha sido"[66].

El trabajo de cuidado en las residencias apenas ha aparecido en las noticias. La mayoría de sus protagonistas directas no han tenido hueco en los medios ni en sedes parlamentarias. Las trabajadoras no han podido transmitir mensajes para dar a conocer su labor, para que se reconociera su trabajo, ni han tenido ocasión de legitimar sus opiniones. Dicen que se han sentido injustamente tratadas. Sus testimonios son ilustrativos al respecto.

> Porque las residencias solo salen en la tele cuando es algo malo, si no, no salen. Cuando ha habido un maltrato, que está estudiado criminológicamente, que es donde menos maltratos hay. Hay muchos más en el domicilio porque nadie te ve, etc., etc. Pero cuando hay maltrato sale, me parece bien que salga y que se denuncie y que se combata, pero ¡joe!, las residencias pueden salir por otras cosas también ¿no? Entonces salen y dan datos súper crudos, súper crudos, sin ir más allá… Y se basan en la opinión de estos expertos…, que les han contagiado de aquella manera y que encima no han hecho nada, no les han mandado al hospital y se han muerto. Lo venden, no sé, de una manera muy, muy lejos de la realidad. La realidad es que se está intentando evitar a tope. (Juan, C257)

> No quieres aplausos, lo que quieres son medios y reconocimiento para ellos, para los ancianos. No para nosotros, cada uno tenemos nuestra vida y tú haces las cosas por lo que lo haces. Pero los medios de comunicación yo creo que se han pasado muchísimo diciendo, en general, que se les ha dejado morir. No, perdona. (Ana, C289)

> Claro, ha sido por los medios de comunicación que se habló tan mal de las residencias... Pero… le he dicho a mi jefa, y lo he dicho más de una vez, la satisfacción de que lo hemos hecho bien, que lo que hemos hecho hasta ahora ha estado bien. Eso es lo que nos tiene que quedar, la satisfacción de que tú has hecho las cosas bien. (Pili y Alicia, C232)

En paralelo con la situación de agravio sufrida por el personal de las residencias, debido a lo que podría calificarse de falta de profesionalidad de ciertos/as periodistas y mala praxis de los medios, algunas cadenas televisivas y prensa escrita concedieron espacios para informar, sin alarmismos, de la realidad de los centros, elaboraron reportajes sobre su problemática, dieron a conocer las manifestaciones de sus responsables y sirvieron de altavoz para sus

[64] Los tribunales de justicia tienen en su haber denuncias de familiares y asociaciones de distintas comunidades autónomas contra directoras y profesionales de residencias a quienes se acusa de homicidio por mala praxis en el ejercicio de sus funciones. Hemos reflejado todo ello en el apartado anterior. La prensa ha dado cuenta de casos generales y concretos, con tono sensacionalista: "La Fiscalía investiga el hallazgo de ancianos muertos en residencias", *La Vanguardia*, 24 de marzo de 2020; "Un total de 37 casos abiertos en Madrid y Barcelona", *El País*, 26 de diciembre de 2020.

[65] Lidia Sánchez Rodríguez (*Diario de Sesiones de la Asamblea de Madrid*, 13 de noviembre de 2020, p. 17517).

[66] Ignacio Fernández-Cid, FED (*Diario de Sesiones de la Asamblea de Madrid*, 09 de octubre de 2020, pp. 14737-14738 y 14739).

denuncias. En algunos casos los propios centros se adelantaron y contactaron con los medios de comunicación y en otros fue al revés, "nos llamaron de la televisión y salimos seguido. Todo eso molesta muchísimo porque tienen que ser ellos los que descubren. Se trata de poner medidas, de explicar a la gente… salimos en la ETB1, en la ETB2 [cadenas autonómicas], en La Cuatro, en Telecinco, en Antena 3… en todas las televisiones que quisieron darnos la entrevista, periódicos, etc." (Federico y Soraya, C255). Con estas noticias el trabajo de las residencias se visibilizó y sus protagonistas se vieron empoderadas. Los siguientes ejemplos, tomados de distintos medios, recogen esta perspectiva:

"La llamada de auxilio de una residencia de ancianos contagiada por coronavirus: 'Van a morir'". Soraya Real, directora de una residencia en Arenys de Munt, tuvo la oportunidad de comunicar, a través de un periódico de gran tirada, la situación de residentes y trabajadoras durante la primera ola de la pandemia. Informó que el SEM evitó trasladar a los hospitales a las personas enfermas de covid; alertó de que "de esta manera, sin hacer test a los pacientes y sin tratarlo hospitalariamente, su estado de salud se agrava y les lleva a la muerte"[67].

- "La rebelión contra el hospital de una directora de residencia: 'Esto es sentenciar de muerte a la gente y no lo pienso permitir'". El artículo se hacía eco de la gestión realizada por la directora de una residencia de Alcorcón. Meses después de la aparición de esta noticia su protagonista, Lidia Sánchez, compareció en la Comisión Covid de la Asamblea de Madrid. La prensa difundió un correo electrónico que esta directora envió a las autoridades sanitarias en el que daba un ultimátum, para resolver el bloqueo que impedía a mayores residentes ir a los hospitales, antes de adoptar medidas de presión. La repercusión mediática de esta noticia aceleró, posiblemente, el final de dicha limitación[68].
- "21 trabajadoras de la residencia Purísima de Murgia se confinan con los 58 residentes". Esta noticia, aparecida en la televisión vasca, informa que 21 personas de la plantilla de la citada residencia acceden voluntariamente a quedarse viviendo en el centro para minimizar los riesgos de contagio de las personas mayores a las que cuidan. Las trabajadoras, protagonistas de la noticia, comentan que han recibido mensajes de ánimo, que han reforzado la comunicación con las familias por videollamada y que cuidarán y se cuidarán. Un pequeño reportaje que finaliza con un mensaje esperanzador: "Harán todo lo posible por cuidarse unos a otros"[69].
- "Residències, els Grans Oblidats". Se emitió en TV3 en el programa "30 minuts". Hace un reportaje sobre cinco residencias, a partir de la perspectiva de trabajadoras, personas residentes y familiares, destacando en cada caso como se abordó la lucha contra el coronavirus. Muestra la angustia, pero también el coraje de sus protagonistas[70]. También en TV3, pero en esta ocasión en el informativo, se incluye como noticia "Las mujeres, al frente de la lucha contra la pandemia", en que Neijla, reivindica el valor del cuidado y la valentía de las mujeres[71].

Las residencias, su personal, así como las familias de las personas residentes, han utilizado distintos medios, blogs, redes sociales, para denunciar y para dar a conocer, en primera persona, las situaciones que estaban padeciendo. Como muestra se recoge el testimonio de una familiar cuya madre vivió (y falleció) en una residencia de titularidad y gestión pública en

[67] Declaraciones realizadas por Soraya Real a *La Vanguardia*, 1 de abril de 2020.

[68] Noticia aparecida en *El País*, 14 de junio de 2020. El contenido del citado correo electrónico se recoge en el apartado 4.4.

[69] "21 trabajadoras de la residencia Purísima de Murgia se confinan con los 58 residentes", *EITB*, 01 de abril de 2020.

[70] TV3, "Residències, el Grans Oblidats", *30 minuts*, 10 de mayor de 2020

[71] TV3, "Les dones al capdavant de la lluita contra la pandèmia", *Telenotícies*, 08 de marzo de 2021.

Madrid y el de un enfermero vasco, tomados de sus blogs. Ana Bravo escribía exigiendo explicaciones a la residencia el 8 de abril de 2020:

> Llevamos desde el 8 de marzo, cuando ya se nos impidió entrar a ver a mi madre, sin noticias. Todos los intentos de conseguir información son nulos. Nadie atiende, nadie da respuestas a nuestras preguntas: ¿en qué situación se encuentran los ancianos?, ¿cuánto personal está trabajando?, ¿cuántos casos hay de contagio?[72]

El 4 de enero de 2021 Jonathan Caro, por su parte, planteaba una crítica general al tratamiento que la sociedad ha dado a las residencias, antes de expresar una reflexión sobre el papel de estos centros en el proceso de vacunación:

> Hemos leído que más de la mitad de los fallecidos vivían en residencias y que, en general, más del 90% de los fallecidos eran personas mayores. Los medios de comunicación cargando contra las residencias, las asociaciones cargando contra las residencias y los expertos cargando contra las residencias.[73]

Es bien conocido el poder de los medios de comunicación a la hora de reflejar la realidad. Sin embargo, se espera de su profesionalidad que lo hagan de la forma más objetiva posible y no siempre lo han hecho así en el tema que nos ocupa. En contadas ocasiones, sin embargo, los medios también han servido para que profesionales, familiares y asociaciones hayan podido alzar su voz para mostrar lo ocurrido en las residencias; unos hechos que, de otra forma, habrían sido ignorados por la opinión pública.

4.8. MIRANDO AL FUTURO DESDE EL PRESENTE: PROPUESTAS DE CAMBIO AL MODELO ACTUAL DE RESIDENCIAS

Mientras redactábamos este apartado, se ha dado a conocer la propuesta de la Asociación Estatal de Directoras y Gerentes en Servicios Sociales sobre el modelo residencial (GARCÍA *et al.*, 2021), que incluye además información estadística sobre la situación actual de las residencias. También se ha publicado el libro de Pilar RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ (2021), *Las residencias que queremos. Cuidados y vida con sentido*. Muchas de las dimensiones que expondremos en este apartado son coincidentes con ambas propuestas. No obstante, en nuestro trabajo hemos querido recoger las distintas perspectivas y puntos de vista de las personas que hemos entrevistado.

En los testimonios recogidos a lo largo de la investigación se afirma de forma unánime que el modelo residencial necesita un cambio. Trabajadoras y directoras, familiares, personas expertas en el ámbito del cuidado y representantes políticos coinciden en este aspecto. La pandemia ha puesto en evidencia de forma dramática las fallas del modelo hegemónico vigente. No obstante, no todos los cambios planteados toman la misma dirección. Las propuestas son varias, diferentes y, en ocasiones, contrapuestas. Por ello, resulta interesante crear un mosaico con todas ellas, mostrando la complementariedad, pero también las contradicciones. A continuación, se recogen las reflexiones de las personas entrevistadas en torno al modelo residencial, incidiendo en los siguientes aspectos: derecho al cuidado, coordinación entre la dimensión social y sanitaria, gestión de las residencias, condiciones laborales y profesionalización, tamaño y ubicación de los centros, así como modelo de atención.

[72] Ana Bravo, "Un mes sin saber nada de mi madre anciana ni siquiera por teléfono: ¿su vida pertenece a la residencia?", *Tu blog. El blog de los lectores de 20 minutos*, 8 de abril de 2020.

[73] Jonathan Caro, "Vacúnate, vacúnales, déjame vacunarles", *geriatriaenelespejo.com*, 4 de enero de 2021.

4.8.1. EL CUIDADO RESIDENCIAL COMO DERECHO

La *Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de dependencia* (LAPAD) reconoce como derecho subjetivo del individuo el acceso a las prestaciones y servicios. Estipula que dicho acceso se ha de desarrollar sobre tres premisas básicas: carácter universal y publico de las prestaciones, acceso en condiciones de igualdad y no discriminación, y participación de todas las administraciones públicas en el ejercicio de sus competencias. El cumplimiento de tales premisas no implica, sin embargo, que los servicios sean gratuitos. Ahí estriba una de las claves del debate, sobre la que se expresan diferentes posturas.

4.8.1.1. CARÁCTER GRATUITO DEL CUIDADO RESIDENCIAL: DEBATES EN TORNO AL COPAGO

Entre los partidos políticos, Elkarrekin-Podemos y EH Bildu rechazan el copago de los centros residenciales: es decir, que las personas usuarias tengan que sufragar parte del coste del servicio. Desde su posición, consideran, como señala Elkarrekin-Podemos, que el copago se sustenta en una "estrategia de abaratamiento del sistema de protección", es decir, de "economizar los cuidados", que va en detrimento del respeto al derecho de las personas que los precisan (Héctor Fernández y Eneritz de Madariaga, C256). PSOE y PNV, entre otros, promueven el copago. Por su parte, el PP afirma de forma categórica que "todo público no puede ser" y que el pago de las residencias tiene que producirse según el nivel de renta: "el que pueda, que aporte y el que no, que se lo hagan gratis" (Eduardo Andrade, PP Bizkaia, C322).

Por su parte, las asociaciones y plataformas de familiares critican el copago, pero con matices. Algunas se muestran totalmente contrarias. Es el caso de Babestu, que equipara el acceso al cuidado de la dependencia con el acceso a la sanidad y afirma que "es injusto que la gente tenga que pagar [por vivir en una residencia], tú cuando vas a un hospital no pagas el mantenimiento de ese hospital". Por ello, reivindica "un sistema público, universal, que sea suficiente" y "que sea gratuito el cuidado" (Efrén, C254). Otras, sin embargo, reclaman que las residencias sean un servicio público, pero matizan su posición. Joseba (C276), de la Plataforma Irauli Zaintza, por ejemplo, no rechaza el copago de forma tajante y alude al sistema educativo vasco con una red sólida de centros concertados, para señalar que el debate es complejo y que no se puede plantear en términos dicotómicos, pues se corre el riesgo de reproducir clichés. Lara (C197), integrante de Marea de Residencias Madrid, se pronuncia a favor de "la creación de residencias públicas de plazas públicas de gestión directa", pero no considera problemático la existencia de centros privados "siempre y cuando sea una elección personal", así como si los recursos económicos de la persona que precisa cuidados permiten su pago.

4.8.1.2. MARCO COMPETENCIAL Y DESIGUALDADES TERRITORIALES

Junto con el carácter universal y público, las otras dos premisas sobre las que descansa la LAPAD son el acceso a las prestaciones y servicios en condiciones de igualdad y no discriminación y la participación de todas las administraciones públicas en el ejercicio de sus competencias. Estas dos cuestiones se tratan de forma conjunta en gran parte de las entrevistas, pues se identifica que existen desigualdades en el acceso y el uso de los centros residenciales según comunidades autónomas y, en el País Vasco, según Territorios Históricos. Además, se apunta que dichas desigualdades derivan del marco competencial sobre el que se desarrolla la LAPAD, que delega en las comunidades autónomas el despliegue de las prestaciones y de los servicios, exceptuando, como se ha señalado anteriormente, el contexto vasco, donde los grados de dependencia II y III son competencia de las diputaciones forales.

Algunos partidos políticos y agentes sociales reclaman mayor coordinación a nivel estatal. PSOE y PP se posicionan en esta línea. Purificación Casaupié (C240), del PSOE Madrid, considera que "en este ámbito de la Ley de Dependencia, lo que hay que avanzar es hacia la coordinación de las comunidades autónomas y los acuerdos" y, aunque admite que no resulta tarea fácil, recuerda la existencia de un marco institucional creado para tal finalidad: el Consejo Territorial. En el mismo sentido, Sònia Guerra (C154*), portavoz de la Comisión de Derechos Sociales y Políticas Integrales de la Discapacidad del Congreso de Diputados (PSOE), denuncia las desigualdades territoriales, pues considera que "tiene que haber unos requisitos que deben ser (…) básicos para toda España", y afirma: "yo quiero que toda la gente mayor y toda la gente dependiente de nuestro país esté igual de bien tratada en el norte de España que en el sur, que en el este o el oeste". Con tal finalidad propone llevar a cabo inspecciones periódicas y sin previo aviso en las residencias. Igualmente, Ana Dávila-Ponce de León (C333), del PP Madrid, aboga por evitar las "diferencias" territoriales y se muestra a favor de una "ley de cuidados estatal".

Como se ha señalado en otro apartado, las plataformas y asociaciones de familiares, también denuncian la existencia de desigualdades: "dependiendo de dónde vivas te tratan de una forma o de otra, no debería de ser así" señala de forma contundente Carmen López (C270) de Marea de Residencias Madrid y asociación de familiares ADEMAF. Por ello, desde Marea de Residencias, se reclama una Ley de Residencias a nivel estatal para que "se marquen unas pautas mínimas, suficientes" (Lara, C197) que rijan la gestión de las residencias, esto es: "un marco legal que garantice el cumplimiento de una serie de mínimos". Para dar a conocer estas reivindicaciones Marea de Residencias convocó su primera manifestación el 23 de noviembre de 2019 en Madrid (Lara C197). El 26 de septiembre de 2020, en el contexto de pandemia, retomó las movilizaciones en diversos puntos del Estado y se puso en contacto con plataformas de otras comunidades autónomas (Cataluña, Galicia, Asturias y País Vasco, entre otros), aunque admite que no han llegado a un acuerdo, pues "hay diferencias" a la hora de exigir unos mínimos comunes a nivel estatal (Carmen López, C270).

No obstante, en el contexto vasco y catalán, algunos partidos políticos y agentes realizan propuestas tomando en cuenta en mayor medida un marco de actuación más autonómico que estatal. Así, desde una perspectiva sindical, en Cataluña se propone la creación de un Instituto Catalán de Residencias, que siga el ejemplo del Instituto Catalán de Salud, y que abarcaría también otros servicios de atención a la dependencia, como la atención domiciliaria (Jonathan, delegado sindical de CCOO, C187). En el País Vasco, se pone el foco de atención en la eliminación de las desigualdades entre Territorios Históricos para pedir la centralización de las competencias de los centros residenciales en el Gobierno Vasco, aunque no hay acuerdo al respecto. EH Bildu (C323, C243) y Elkarrekin Podemos (C256), así como Babestu (C254), Irauli Zaintza (C276) y Pentsionistak Martxan (C274) se muestran a favor de centralizar las competencias, mientras PNV (C332), PSE-PSOE (C324) y PP (C322) defienden que sigan estando en manos de las diputaciones forales.

4.8.1.3. EL CUIDADO EN LOS HOGARES: LAS RESIDENCIAS COMO ÚLTIMA OPCIÓN

La reflexión sobre el acceso a las prestaciones y los servicios lleva implícita también otra cuestión: el debate en torno al ámbito en el que se presta el cuidado. A lo largo del capítulo hemos abordado esta cuestión en varias ocasiones. Algunas trabajadoras y directoras se pronuncian en este sentido. Por ejemplo, Amaia (C295), enfermera, admite que ha sido "partidaria de residencias" pues entendía que el cuidado en el domicilio puede ser una "carga" para las familias. Sin embargo, actualmente considera que se deberían ofrecer recursos para que las personas mayores que precisan cuidado puedan recibirlo en su propio domicilio el mayor tiempo posible, principalmente, para que puedan mantener su proyecto vital y "hacer

lo que era su vida antes de la vejez". Desde el punto de vista de las directoras, Guillermina (C079) y Argiñe (C335) matizan la idoneidad de alargar el cuidado en el domicilio. Consideran que en ciertas situaciones el hogar no es el entorno más adecuado para recibir cuidados "Siempre hay que ponerlo todo en su contexto", matiza Argiñe, para aludir a situaciones de soledad y proponer la promoción de recursos comunitarios. Por su parte, Guillermina hace referencia a la posibilidad de la persona de valerse por sí misma: "alguien que necesite ser acostado no creo que pueda pasar la noche sola". Considera que "es más barato tener a alguien en casa que en una residencia seguramente" y apela a la responsabilidad de las Administraciones públicas a la hora de proporcionar recursos y mantener a las personas que precisan cuidados en sus hogares.

Desde la perspectiva sindical, partiendo de la premisa de que "queremos envejecer en casa", en el contexto catalán, CCOO apuesta por promover un modelo de asistencia personal desde el Departamento de Salud, matizando que no se trataría de fomentar iniciativas de "nivel privado" o de "economía sumergida", sino "de algo reglamentado, algo establecido y cubierto", como señala Montserrat Sedó (C127*), responsable de la Secretaría de Mujeres, Políticas LGTBI e Igualdad de CCOO.

Algunos partidos políticos como PSOE, PP y PNV se muestran a favor de que las personas que precisan cuidado puedan ser atendidas el mayor tiempo posible en sus hogares, pues es lo que ellas mismas y sus familias prefieren: "lo que queremos es vivir en nuestras casas el mayor tiempo posible y evitar un centro residencial" afirma Elena Coria (PNV Bizkaia, C332). Con tal finalidad, PSOE considera necesario fomentar la atención domiciliaria para que las personas que precisan cuidado puedan "estar en su hogar, en su entorno relacional y de confianza en el ámbito comunitario" (Sònia Guerra, C154*). Desde esta postura, se llega a afirmar abiertamente que "las residencias no son operativas" para las personas mayores "no son las que mejores servicios prestan" y "tampoco son eficientes para el sector público", lo que ha quedado de manifiesto durante la pandemia (Sònia Guerra, C154*). Sin embargo, otros partidos políticos, como Elkarrekin-Podemos y EHBildu muestran cautela ante este tipo de planteamientos por considerar que implican la familiarización del cuidado y, con ello, la asunción por parte de las mujeres de dichos trabajos a través de la "ética reaccionaria del cuidado, la explotación de los afectos" (EHBildu, C323).

Nacho Álvarez (C318), secretario de Estado de Derechos Sociales describe las experiencias que se están desarrollando en algunas comunidades autónomas, como el País Vasco y Cataluña, para mantener a las personas mayores que precisan cuidado en sus hogares el mayor tiempo posible gracias "a la teleasistencia avanzada, a la domótica, al desarrollo de redes". La tecnología permite conectar los centros de día con los CAP para que "las personas mayores puedan vivir en su domicilio, o por lo menos puedan hacer esa elección, el mayor tiempo posible"[74]. Los representantes del PP hacen referencia a los "programas respiro" destinados a personas cuidadoras familiares para ofrecerles la posibilidad de que las personas a las que cuidan sean atendidas temporalmente en un centro especializado (Ana Dávila Ponce de León, C333; Eduardo Andrade, C322).

María Pazos (C325), por su parte, difiere radicalmente de los enfoques que suponen aumentar el cuidado en el hogar porque siempre se basan en que haya una cuidadora familiar, por lo que perpetúan la explotación de las mujeres. Tomando como referente el modelo residencial que existe en Dinamarca, se inclina, en cambio, por promover recursos residenciales

[74] Por ejemplo, en la Diputación Foral de Bizkaia, PNV, con el apoyo de PSE-PSOE está promoviendo el proyecto EtxeTIC, que tiene como objetivo combinar la atención propia de un centro de día a personas en situación de dependencia (25 plazas) con la atención a un volumen más extenso de personas en situación de dependencia que se encuentran en su domicilio (751 personas) monitorizadas a través de tecnologías de apoyo y prevención en el hogar, y con asistencia puntual al centro (Diputación de Bizkaia, Enlace). PP, Elkarrekin-Podemos y EH Bildu se muestran críticos con dicho proyecto.

diversificados, que pueden adoptar distintas modalidades según la situación de la persona y que han de estar integrados en la comunidad.

4.8.2. COORDINACIÓN SOCIOSANITARIA Y RECHAZO DE MEDICALIZACIÓN DE LOS CENTROS

Otra de las cuestiones que se ha planteado en las entrevistas a la hora de hacer propuestas de cara a mejorar los servicios ofrecidos desde los centros residenciales ha sido la coordinación entre el sistema sanitario y el cuidado social. Como ya hemos señalado anteriormente desde diferentes perspectivas, la profunda descoordinación ha quedado en evidencia durante la pandemia y ha tenido repercusiones nefastas en las residencias. Partidos políticos, agentes empresariales, familiares, así como directoras de residencias se pronuncian al respecto. Aludir a la dimensión sanitaria implica también una reflexión sobre la medicalización de los centros residenciales.

Margarita León (C321) remarca que lo sucedido durante la pandemia no muestra tanto la falta de recursos sino la débil institucionalización del sistema de cuidados y, derivado de ello, la falta de canales de coordinación entre lo social y lo sanitario. Buscar la transversalidad de ambas dimensiones sería uno de los apredizajes de la covid. La integración de ambos sistemas no debería traducirse, a su entender, en una conversión de las residencias en hospitales, sino en concebir un sistema de salud integrarl. Estas dimensiones son justamente objeto de consensos y de debate.

4.8.2.1. LA COORDINACIÓN SOCIOSANITARIA COMO NECESIDAD

Entre los y las representantes políticos, Raúl Moreno (C222), del PSC, aboga por una mayor coordinación entre las residencias y el sistema de salud, así como por una cierta medicalización de los centros, pero suprimiendo la presencia de la sanidad privada. No concibe que cuando una persona entra en una residencia pierda el derecho a la sanidad pública. En la Comunidad de Madrid, las directrices de no derivación a hospitales de personas con ciertas patologías han constituido una de las cuestiones que mayor polémica ha suscitado. Por ello, desde el PSOE de Madrid, se pone el foco de atención en la distancia que existe entre el cuidado sanitario y social, que se traduce en una pérdida de derechos sanitarios de las personas residentes:

> Es la distancia entre el sistema sanitario y el sistema social, ¿no? Es como si… el sistema sanitario, de alguna manera, pensara que cuando… (y eso se ha visto mucho en Madrid) cuando una persona está en una residencia ya tiene servicios de cuidado. Por lo tanto, pierde sus derechos a la atención sanitaria como ciudadano. Eso es lo que ha pasado en la Comunidad de Madrid durante esta pandemia. (Purificación Casaupié, PSOE Madrid, C240)

Desde una perspectiva empresarial, José Mª Toro (C198) presidente de AERTE y secretario general de CEAPs, define como una cuestión "básica" la mejora y fortalecimiento de la coordinación sociosanitaria. Entiende que la labor de los hospitales complementa a la de las residencias, al atender a situaciones a las que no se puede responder desde estas últimas, por lo que plantea que haya centros específicos de atención primaria para responder a las demandas sanitarias que no se pueden cubrir desde las residencias. No obstante, cree que "no tendría sentido y seria doblar gastos" para las arcas públicas, dotar de excesivo personal sanitario a los centros, pues considera "que ahora hay un equilibrio razonable". En la misma línea, Cinta Pascual (C027), presidenta de CEAPs y ACRA, considera que el modelo residencial debe dividirse en tres módulos: sanitario, hotelero y asistencial. El servicio sanitario lo debe proporcionar el Departamento de Sanidad a través de la atención primaria y pregunta de forma irónica: "¿Por qué uno tendría que pagar dos veces por el mismo servicio? ¿La salud pública no es universal?".

José Manuel Ramírez (C241), presidente de la Asociación de Directoras y Gerentes de Servicios Sociales, considera que el fuerte impacto de la covid en los centros residenciales ha sido consecuencia de que se hayan gestionado desde una perspectiva biomédica: "en las residencias hemos vivido un cataclismo, porque los gobernantes no han entendido que son centros de Servicios Sociales, no son centros sanitarios". Esto mismo han repetido una y otra vez las directoras y gerentes que hemos entrevistado. Pilar Rodríguez (C189), de Fundación Pilares, lamenta la falta de coordinación entre el cuidado social y el sistema sanitario: "Por muchos libros blancos que hay de coordinación sociosanitaria, por muchos planes… en las comunidades autónomas no se consigue. No se consigue". Frente a ello, considera que hay que trabajar la coordinación en cada territorio, de una forma contextualizada.

En la misma línea, Ramona (C196), directora de una residencia pública de Cataluña y experta en el tema de la coordinación sociosanitaria, considera que hay que desarrollar modelos de coordinación adecuados a los territorios, que tengan en cuenta las relaciones, necesidades y recursos disponibles en el mismo. Pone como ejemplo los consorcios territoriales que agrupan a entidades sanitarias y entidades sociales. Insiste, además, en la necesidad de que los centros residenciales se coordinen con los CAP del sistema sanitario. Desde la perspectiva de las familias, Babestu (C254) aboga por una coordinación total entre la dimensión social y sanitaria del cuidado: "desde luego lo sociosanitario debería de ser una ventana única, no tiene sentido separar las dos esferas".

Sin embargo, no todas las voces se pronuncian en esta dirección. Partiendo de la mirada sindical, Montserrat Sedó (C127*), de CCOO, se muestra a favor de que las residencias dependan directamente del Departamento de Salud y de que haya un control por su parte, esto es, "una buena auditoria del modelo de residencias", porque lo sanitario tiene un peso importante en los centros residenciales: "las residencias hoy en día son sociosanitarios encubiertos", afirma. Y es que la medicacilización de los centros es otra de las cuestiones sobre la que se han pronunciado parte de las personas entrevistadas, pero sobre la que no se vislumbra un consenso.

4.8.2.2. LA MEDICALIZACIÓN DE LOS CENTROS RESIDENCIALES A DEBATE

Al abordar la dimensión sanitaria del cuidado sale a la luz la reflexión sobre la medicalización de los centros residenciales. No hay unanimidad al respecto. Algunas voces se muestran abiertamente favorables a la medicalización. Carme, directora, y Lidia (C024), gestora de la empresa de la residencia que dirige Carme, consideran que, dado el perfil de las personas residentes, de avanzada edad y con pluripatologías, el centro que gestionan debería ser medicalizado. Ramona (C196*), directora de una residencia pública, asegura también que, en las circunstancias actuales, las residencias deben estar medicalizadas, "para dar un final de vida correcto". Sara (C101), directora de un centro del Tercer Sector, señala que en la actualidad en una misma residencia conviven personas con necesidades de atención muy diferentes, y que convendría que los centros estuvieran más especializados. Federico y Soraya (C255), director y gerente de un centro residencial gestionado por una fundación, apuestan "porque se tienda más a sanidad y no solo a la parte social" pero advierten del coste económico que puede conllevar.

Otras voces, sin embargo, expresan cautela ante la medicalización. Desde su experiencia en el ámbito del cuidado, Luis Barriga (C301), director general del IMSERSO, muestra reticencias, pues entiende que los centros sociosanitarios deben ser únicamente para estancias puntuales: "para mí sociosanitario, propiamente dicho, es... son las unidades de corta estancia, las unidades de paliativos, unidades en las cuales... que son para la recuperación". Mayte Sancho (C215), consultora de Fundación Matia, apela a la coordinación sociosanitaria para derivar a

las personas residentes que así lo necesiten a los hospitales a través de la atención primaria, pero se muestra en contra de "llenar el modelo [residencial] de profesionales sanitarios". Tras la tendencia hacia la medicalización, Pilar Rodríguez (C189), de Fundación Pilares, identifica "intereses de entidades privadas que quieren lucrarse a costa de las personas mayores" e insiste en que "las personas no quieren vivir en hospitales, quieren vivir en hogares". Desde su perspectiva de trabajadora, Sonia (C057), médica de una residencia, opina que si bien los centros deben contar con la infraestructura suficiente para atender a las situaciones de dependencia en las que se encuentran las personas residentes (por ejemplo, grúas), no deben ser hospitales.

Paralelamente, Rodrigo (C171), director de comunicación de un grupo gestor de residencias, advierte del impacto de la pandemia respecto a la medicalización y pide prudencia: "ahora con lo del covid se nos mete por medio la variable de la medicalización, la variable de querer convertirnos en hospitales, yo creo que no es ni una cosa ni la otra". Entiende que las residencias deben "procurar dos cosas" haciendo alusión tanto a la dimensión material como subjetiva-relacional del cuidado, y advierte que la excesiva medicalización desdibujaría la finalidad de los centros residenciales: las residencias deben intentar "ser lugares de vida, lugares para vivir (…) no podemos caer en la tentación de que sean hospitales, porque eso nos distorsionaría".

Entre los representantes políticos, Nacho Álvarez, secretario de Estado de Derechos Sociales, entiende que "la conexión con la sanidad tiene que garantizarse", pero matiza que las residencias "no son hospitales de bajo coste, son domicilios donde la gente tiene que seguir viviendo de la forma más parecida posible a su hogar". Por esta razón muestra sus reservas en torno a la medicalización:

> Si por medicalizar las residencias, entendemos convertirlas en hospitales *low cost* [de bajo coste], desprovistos de las infraestructuras que tiene un hospital normal, simplemente con una atención de enfermería y médica básica, pero que se parezca más a un hospital que a un hogar, no. No, porque creo que no es el modelo hacia el que vamos. (Nacho Álvarez, C318)

4.8.3. GESTIÓN DE LAS RESIDENCIAS: EL NEGOCIO LUCRATIVO EN CUESTIÓN

Como se ha señalado en apartados anteriores, en el contexto español hay una fuerte presencia del sector privado en la atención residencial. Además, se observa una tendencia clara a la entrada de fondos de inversión, conocidos como "fondos buitre" o, como matiza Manuel RICO (2021), *private equity*. Son diversas las voces que la critican y que se alzan a favor de la gestión pública, principalmente por considerar que el cuidado no debe producir beneficios económicos, pues implica unas peores condiciones laborales para las trabajadoras, que derivan en una merma en la calidad del cuidado.

Desde el ámbito sindical, ELA reivindica de forma tajante que el cuidado debe desarrollarse en el marco de "un modelo más centrado en la persona (…) porque ahora mismo es un modelo centrado en el negocio" (Jasone, ELA Gipuzkoa, C242). Por ello, trabaja de forma prioritaria contra la privatización y a favor del cambio de modelo: "es nuestra gran lucha digamos, que no se privatice (…) que las trabajadoras tienen que ser trabajadoras públicas y no se tiene que privatizar más. Eso es un cambio de modelo al final". Además, pide que se "frene" la subcontratación, por considerarla "una lacra". En el contexto vasco, sin embargo, una de las cuestiones problemáticas a favor de que todas las residencias sean de titularidad y gestión pública es la de las competencias lingüísticas, pues se entiende que se requeriría de las trabajadoras un nivel de euskera del que muchas carecen (Jone Bengoetxea, ELA, C258). También Enriqueta Durán (UGT, Cataluña, C142) y Angélica Mazo (UGT, Aragón, C109) consideran que la entrada de grandes empresas con ánimo de lucro en el sector va en

detrimento de los salarios y derechos de las trabajadoras, especialmente si están asociadas a fondos de inversión. En Cataluña, las reivindicaciones sindicales abogan por el incremento del número de residencias públicas o gestionadas con fondos públicos y controladas por los servicios públicos a través del tutelaje y de las auditorías:

> Primero, debemos ser realistas de lo que son las residencias. Y, ¿eso qué quiere decir? Paso a paso, más residencias públicas o con cauces públicos y tutelados por los servicios públicos. No 'yo te concedo las plazas y tú haces lo que quieres'. ¡No, no, no! ¡Y eso es lo que pasa!... Tuteladas y auditadas. Porque es dinero público, es dinero de todos nosotros. (Montserrat Sedó, CCOO, C127*)

Algunas trabajadoras y directoras se pronuncian también en pro de la gestión pública. Es el caso de Raquel (C034), auxiliar de enfermería de una residencia pública, aunque admite que dentro de lo público "hay mucho también que cambiar". Además, lamenta que las reivindicaciones de las trabajadoras de las residencias privadas vascas que han protagonizado huelgas y movilizaciones se hayan limitado a mejorar sus condiciones laborales y no a reivindicar que "esos servicios sean públicos". Irati (C070), gerocultora de una residencia privada vasca, también considera que hay que dar "una vuelta muy grande" a los servicios residenciales públicos porque "sabemos que no son de calidad". Paralelamente, aunque admite que "suena super ambicioso" solicita la desaparición de los centros de gestión privada o, al menos, el establecimiento de límites: "hasta aquí se te permite que te lucres dando este servicio, y a partir de aquí no te vas a poder a lucrar más". Fernando (C072), gerocultor de una residencia privada madrileña, también opina que las residencias "no pueden ser un negocio, tiene que ser una inversión". Telma (C213), directora de una residencia pública, se muestra favorable a la gestión pública, pero coincide con Raquel (C034), auxiliar de enfermería e Irati (C070), gerocultora, en que hace falta revisar también lo público y denuncia su falta de liderazgo para cambiar el modelo, así como para aplicar unos criterios más estrictos de regulación:

> … hay que hacer una mirada más profunda de lo que son las personas mayores, de cuáles son sus auténticas necesidades y qué les estamos ofreciendo desde el servicio público. Y si los sistemas públicos no somos capaces de tenerlo muy claro, ¿qué vas a derivar para que el privado lo gestione? ¿Le dejas al privado que sea el que diga cuál es lo básico? (Telma, C213)

Como hemos señalado en un apartado anterior, las plataformas y asociaciones de familiares que hemos entrevistado se manifiestan a favor de la titularidad y gestión pública, pues consideran que la consecución de beneficios económicos implica un empeoramiento de las condiciones laborales de las trabajadoras y de las personas residentes: "son unos ratas, que lo único que hacen es precarizar a las trabajadoras y maltratarlas y a los usuarios también" (Azahara Galera, Grupo Familiar Residencia La Falguera, C280). En este marco, desde la defensa de lo público, Babestu pone de manifiesto el potencial del cuidado como generador de empleo y revulsivo para la economía. Sostiene su argumentación con cifras:

> Cada millón de euros invertido en dependencia genera 37 puestos de trabajo y de ese millón de euros un 40%, 400 mil, vuelven a Hacienda[75] o sea que, es una forma excelente de crear movilidad social, de responder no solamente a las necesidades de los residentes sino a las necesidades laborales de la gente, que se enganchen a los cuidados como una industria. (Efrén, C254)

Partidos políticos como Elkarrekin-Podemos, EH Bildu, ERC, CUP y En Comú-Podem se pronuncian a favor de la gestión pública de las residencias por considerar también que

[75] Los datos a los que se hace alusión los proporciona la Asociación de Directoras y Gerentes de Servicios Sociales (comparecencia de José Manuel Ramírez en la Comisión de Reconstrucción Social y Económica del Congreso de los Diputados, 5 de junio de 2020).

garantiza mejores condiciones laborales para las trabajadoras y, por consiguiente, una mejor calidad del cuidado para las personas residentes. No obstante, Elkarrekin-Podemos (Héctor Fernández y Eneritz de Madariaga, C256) matiza este aspecto, al recordar las jornadas de movilización convocadas por trabajadoras de residencias gestionadas directamente por la Diputación Foral de Bizkaia, en las que reivindicaban mejoras en sus condiciones laborales. Para ERC (María Dantas, C147*) "lo ideal sería garantizar la atención pública en Servicios Sociales, igual que se hace en educación y en sanidad", no obstante, como paso intermedio aboga por "transicionar hacia modelos mixtos de cooperación público-privada". Por su parte la CUP (Vidal Aragonés, C236*), plantea la posibilidad de que en contextos muy concretos y a escala local (barrios o municipios de tamaño reducido) "pudiera haber un proceso de cogestión de cooperativismo real". Desde una posición más moderada, el PSC (Raúl Moreno, C222), propone revisar el modelo actual de gestión de las residencias, pues recuerda que en Cataluña el 80% de las plazas son privadas y el 20% públicas.

Los partidos mencionados, junto al PSOE, denuncian la proliferación de fondos de inversión en el sector residencial. Así, Sònia Guerra (C154*), del PSOE, afirma tajantemente que de "la atención a la dependencia no se pueden sacar beneficios económicos. Se debe sacar calidad de vida. Se debe sacar garantía de derechos". EH Bildu (Ander Rodríguez, C323) considera que "hay una incompatibilidad de base" en que la red pública sea gestionada por fondos de inversión. ERC (María Dantas, C147) y PSOE Madrid (Purificación Casaupié, C240) señalan la necesidad de instaurar controles. En Comú-Podem (Marta Ribas, C182), por su parte, considera que hay que cambiar el modelo, para ir más allá de lo que prevé la LAPAD: aboga por una gestión coordinada entre el sector público y empresas de carácter social (no mercantil) y por incrementar el control, al tiempo que propone una Ley Catalana de Concertación.

Por el contrario, para el PNV (C332) y el PP (C206; C322) el carácter de la gestión de las residencias no influye en la calidad del cuidado. Por tanto, PP defiende la colaboración público-privada (Santi Rodríguez, PP de Cataluña, C206). Además, se muestra abiertamente favorable a la gestión privada por considerarla más eficiente: "yo estoy a favor de que [el centro residencial] lo gestionen empresas privadas porque creo que lo gestionan más eficientemente, gestionan mejor porque buscan una rentabilidad. No dejan que se desfasen los gastos" (Eduardo Andrade, PP de Bizkaia, C322).

Desde la empresa privada se reclama una mayor "colaboración público-privada, porque la Administración no puede con todo esto", que se traduce en pedir un incremento de la financiación del ámbito privado por parte de la Administración pública. Paralelamente, se reivindica la dignificación del sector "como sector económico", así lo manifiesta José Mª Toro (C198), presidente de AERTE y secretario general de CEAPs, aunque matiza: "pero que no se demonice nada (…). Pues yo he visto muchas empresas que [buscan] más cosas que el dinero, muchísimas más".

4.8.4. EL CUIDADO EN CONDICIONES LABORALES DIGNAS

A lo largo de los apartados anteriores se ha puesto de manifiesto que el trabajo en las residencias está feminizado y caracterizado por unas condiciones laborales precarias, principalmente entre el personal que proporciona cuidado directo: alta tasa de temporalidad, bajos salarios, ratios insuficientes y escasa profesionalización. La reivindicación a favor de unas mejores condiciones labores sale a la luz, principalmente, por parte de las trabajadoras y de los sindicatos. En general, se considera que constituyen una precondición para poder prestar un buen cuidado.

4.8.4.1. AUMENTO DE RATIOS

Para las trabajadoras resulta fundamental la mejora de sus condiciones laborales como medio para poder garantizar un cuidado de calidad. Ainara (C250), gerocultora y delegada sindical de ELA, afirma que "para un buen cuidado lo que hace falta es personal, o sea, si no hay personal, no hay cuidados, no hay un buen cuidado". Carla (C214), animadora sociocultural, asegura que lo primero hay que cambiar es "la dignidad del trabajador", porque considera que "donde se empieza a mejorar todo el sistema de cuidados es en cómo cuidas a los trabajadores, a las personas que se dedican a cuidar de estas personas". Maria (C013*), gerocultora, manifiesta también que "el trabajador que cuida a una persona tiene que estar cuidado". En la misma línea Sarai (C238), psicóloga, considera que hay que tener en cuenta sus opiniones: "cómo se sienten cuidando y cómo les gustaría sentirse cuidando".

Además, las trabajadoras recuerdan que las personas a las que atienden demandan gran cantidad de cuidado tanto material, "cuidados básicos", como señala Ainara (C250), como emocional y relacional, "más necesidades que las de estar alimentados e higiénicos", como afirma Carla (C214). Ana (C289), terapeuta ocupacional, considera que, en las condiciones laborales actuales, "la parte humana es imposible de dar en una residencia". Las trabajadoras advierten que las personas a las que atienden se encuentran en situación de gran vulnerabilidad, pues cuentan con edades muy avanzadas y, a menudo, presentan pluripatologías, por lo que resulta necesario que el volumen de personal que las atienda sea alto, esto es, un aumento de las ratios. Desde una perspectiva sindical, también Angélica Mazo (UGT, Aragón, C109) insiste en la necesidad de incrementar las ratios establecidad, en tanto que, para ofrecer un cuidado de calidad. ELA (Jasone, ELA Gipuzkoa, C242) reivindica que el incremento de ratios ha de afectar a todo el personal: "Tiene que haber más enfermeras, más médicos, más… o sea, las ratios tienen que incrementarse considerablemente para que haya una mejor calidad asistencial".

Las directoras se muestran también a favor del aumento de ratios y ponen de manifiesto las limitaciones que enfrentan a la hora de prestar atención con el personal del que disponen. En esta línea se pronuncia, por ejemplo, Concepción (C212): "yo no tengo una auxiliar por cada abuelo, ¿tú te imaginas eso?, ¿qué sueño sería? ¡Pues para mi imagínate! Tengo cien abuelitos, pues cien auxiliares. Pero claro, todo lo contrario. Estamos aquí apretando de todos los sitios y claro…". Por ello, consideran que deben ampliarse las ratios de personal para relajar la intensidad del trabajo de auxiliares, gerocultoras y limpiadoras, especialmente, porque "son ellas quienes llevan toda la carga y todo el trabajo" (Verónica, C227).

Como se ha señalado anteriormente, el aumento de las ratios constituye también una de las reivindicaciones de las familias. Babestu (Efrén, C254) determina que "lo ideal sería entre 120-129 minutos de atención" y matiza que aboga "por medir la atención no en base a las ratios sino a los minutos reales de atención directa". No obstante, Carmen López de Marea de Residencias Madrid y de la asociación de familiares ADEMAF, muestra cautela a la hora de determinar las necesidades en relación al personal y evita generalizaciones:

> Hay que ser claro, es algo muy delicado y estamos jugando con las vidas de las personas, estamos hablando del cuidado de personas que son vulnerables y que necesitan una atención muy muy exquisita y no la tienen. Entonces, hay que definir muy claramente qué personal de presencia tiene que haber en cada turno, en cada categoría profesional, y exactamente calcular qué es lo necesario para que realmente la atención se centre en la persona y no en la ganancia de las empresas (Carmen López, C270).

Los partidos políticos también se pronuncian a favor del aumento de ratios. PSOE Madrid (Purificación Casaupié, C240), por ejemplo, plantea la necesidad de definir el acuerdo actual vigente a nivel estatal, porque considera que en la estimación de ratios "se hace un poco

trampa" al considerar a las personas, pero no el tiempo efectivo de trabajo (restando fines de semana, vacaciones y jornadas parciales, por ejemplo). Para EH Bildu la ratio ideal es la de Gipuzkoa, que es la más alta de todo el Estado (GÓMEZ ORDOKI, 2018), por ello, afirma que "hay que partir desde Gipuzkoa para ir incrementándolos desde ahí" (Ander Rodríguez, C323). En esta misma línea, Izaskun Duque (EH Bildu Bizkaia, C243), subraya que "la clave está en los derechos de las personas trabajadoras" y advierte el carácter feminizado del sector, para matizar que lo importante es determinar "el nivel de cuidados que necesita" cada persona residente y estimar cuántas trabajadoras se necesitan para que se preste en "unas condiciones de dignidad", y no al revés.

4.8.4.2. CAMBIOS EN EL ORGANIGRAMA, JORNADAS COMPLETAS Y AUMENTO SALARIAL

Las ratios no constituyen el único aspecto que las trabajadoras proponen cambiar para lograr mejores condiciones laborales. Algunas ponen el foco de atención en el organigrama de las residencias, que limita su autonomía y su poder de decisión. Raquel (C034), auxiliar de enfermería, reivindica que las trabajadoras deben formar "equipos autónomos", pues "hay decisiones que se cambian todos los días". Denuncia la estructura jerárquica de las residencias, así como que "el grupo dependa de unas decisiones que se toman en un despacho" porque "solo están viendo números, números de trabajadoras y números de usuarios". Por todo ello, plantea la eliminación de los puestos intermedios y reclama que "cada residencia sea bastante autónoma". En la misma línea, Sarai (C238), psicóloga, considera que se ha de reflexionar sobre "el papel técnico" de cada perfil de trabajadora (psicóloga, asistente social…) "en el engranaje del sistema de cuidados". Mayte Sancho (C215), consultora de Fundación Matia, desde la visión del modelo ACP, se muestra también a favor de una organización horizontal que garantice el "reconocimiento de las cuidadoras porque son las protagonistas del cuidado, clarísimamente, y fundamentalmente", al tiempo que apela a la "inclusión de los equipos técnicos en la cotidianeidad, fuera de su despacho".

Paralelamente, las trabajadoras estiman necesario un aumento salarial que garantice unas condiciones laborales y de vida dignas. Como señala Marta (C146), enfermera de una residencia vasca: "hay gente que no está a jornada completa y cobra 800 euros, entonces, tampoco puede vivir de una forma digna y al final eso repercute en el trabajo". Maria (C013*), gerocultora, plantea como horizonte los salarios de Noruega donde "el trabajador gana unos 2100 euros normalmente de media y los gerocultores (…) 2000 euros". Los sindicatos también sacan a la luz la necesidad de aumentar los salarios, así como de "combatir" las jornadas parciales (Jasone, ELA Gipuzkoa, C242).

Algunas directoras inciden en los derechos de las trabajadoras y en la mejora de sus condiciones laborales. Ramona (C196), directora de una residencia pública catalana, denuncia los bajos salarios de las auxiliares y solicita un aumento del precio por plaza para poder combatirlos, aunque advierte que en las residencias de gestión pública la situación es mejor que en las de gestión privada. Telma (C213) afirma que "los salarios que cobran son de chiste" y Sara (C101*) propone incluso una cantidad: "1.500-1.600 euros para las auxiliares, y al menos 2.000 y pico euros para las técnicas". Señalan, además, que ciertas dolencias, como tendinitis o dolor de espalda, deben considerarse enfermedades profesionales (Telma, C213).

Igualmente, algunos partidos políticos ponen el foco de atención en la necesidad del aumento salarial. PSOE (Purificación Casaupié, PSOE Madrid, C240) es uno de ellos. Plantea el problema de los salarios en términos estructurales, pues responde a una de las características del sector, la feminización: "las condiciones salariales de la gente no son de recibo. Hay que mejorar la situación de las trabajadoras. Es un sector muy feminizado, que tiene, además, ese componente, ¿no?, como todos los sectores feminizados, maltratado, moralmente y

económicamente". Por ello, considera que "es muy importante el salario para dignificar un empleo". En la misma línea, se muestra a favor de equiparar los salarios de las trabajadoras de las residencias a las de la Sanidad, pues entiende que "no puede ser que el sector de la sanidad esté más reconocido que el social en nuestro país" (Sònia Guerra, PSOE, C154*). Desde esta perspectiva, PSOE define el aumento salarial y la profesionalización (que abordaremos más adelante) como herramientas para promover el reconocimiento social del trabajo de cuidado: "el trabajo de cuidado debe tener la importancia que se merece, que es mucha, y debe ser reconocido socialmente, pero para que sea reconocido socialmente, debe ser reconocido también económicamente y también formativamente" (Sònia Guerra, C154*).

4.8.4.3. AVANCE HACIA LA MEJORA DE LAS CONDICIONES LABORALES: PERSPECTIVA EMPRESARIAL VS SINDICAL

Desde una mirada empresarial se asume también la necesidad de mejorar las condiciones laborales de las trabajadoras del sector con relación a las ratios y a los salarios. Con tal finalidad, se solicita por parte de la Administración pública mayor dotación para las plazas concertadas de las residencias privadas, así como un aumento para las familias de las Prestaciones Vinculadas al Servicio. José Mª Toro, presidente de AERTE y secretario general de CEAPs, se pronuncia en este sentido:

> (…) yo creo que las condiciones laborales de los trabajadores hay que mejorarlas en el sector porque no son buenas. (…) Nosotros queremos que la gente cobre más, queremos que haya más ratio para poder atender mejor a las personas, pero claro, las familias nos dicen que ellos no pueden pagar dos mil euros por plaza al mes. Entonces, nosotros tenemos que establecer los precios en base a los costes que tenemos. Si suben los costes porque hay más personal, y suben los costes porque el personal cobra más, tendremos que subir los precios (…) ¿cómo somos capaces de mejorar eso? Necesitamos más financiación pública (…). Lo que no podemos tener, y esto es así de claro, es un modelo sueco con uno a uno de ratio y con unos salarios de los trabajadores muy buenos y pagar mil ochocientos euros al mes. Eso es imposible, porque una plaza en Suecia vale 4.500. (José Mª Toro, C198)

En el otro extremo, los sindicatos ponen el foco de atención en los convenios colectivos como medio para lograr mejoras en las condiciones laborales. Para el sindicado ELA (Jone Bengoetxea, ELA, C258), el de las residencias es un conflicto "referente y referencial", dada la trayectoria de movilización de las residencias vascas, de la firma de un "convenio emblemático" en Bizkaia, de la "conciencia feminista que se ha ido gestando en el sector" y de la "apuesta interna del sindicado". Como hemos señalado en apartados anteriores, las condiciones laborales de las trabajadoras de residencias privadas de Bizkaia y Gipuzkoa son las mejores de todo el territorio español, pues cuentan con un convenio provincial propio. Araba/Álava, sin embargo, se rige por el convenio estatal, por lo que las condiciones laborales son peores y los sindicatos trabajan a favor de la consecución de un convenio provincial (Maitane, ELA Araba/Álava, C330). En Cataluña, CCOO reclama también el establecimiento de "un convenio de geriatría catalán" que mejore las condiciones laborales de las trabajadoras y salvaguarde a las personas usuarias y a sus familias:

> [el convenio de geriatría catalán] debe estar bien apoyado económicamente desde el Departamento [de Salud] (…), dará lugar a unas buenas condiciones laborales y obligará a las empresas a unas carreras profesionales, a unas categorías profesionales, a una formación. Un convenio que dará a las trabajadoras apoyo, pero a los usuarios también les dará garantías, ¡que sean atendidos como dios manda! ¡como se merecen! (Montserrat Sedó, CCOO, C127*)

4.8.5. LA PROFESIONALIZACIÓN DEL CUIDADO RESIDENCIAL

Una de las cuestiones que trae a colación Montserrat Sedó (C127) de CCOO es el debate en torno a la profesionalización. La falta de cualificación del personal de atención directa se percibe como motivo de la falta de profesionalización. Trabajadoras y directoras opinan que la formación es importante para desempeñar el trabajo de atención directa en las residencias.

Desde su posición de personal trabajador, varias personas que ocupan puestos de gerocultor/a, se pronuncian a favor de la profesionalización de su labor. Jose (C050) considera que para "trabajar con personal humano, con medicamentos" es necesario tener vocación, pero no es suficiente: "tienes que tener primero que todo formación, y que te guste (…) tienes que estudiar (…) al menos, siquiera unos seis, siete u ocho meses". Fernando (C072), va más allá al afirmar que el trabajo de atención directa "debería ser un trabajo muy cualificado". Karen (C235) ve obligatoria también la formación, "porque nosotros somos los que estamos en contacto con ellos [las personas residentes]" y razona: "¿Una directora para qué va a ir a una capacitación? Si tú no estás en contacto con ellos. Les ve y les dice: 'Hola, buenos días', y ya está". Además, no está de acuerdo con que se otorguen certificados de profesionalidad únicamente basándose en la experiencia de trabajo previa, sin ninguna formación adicional.

Desde la perspectiva de las directoras, Beatriz (C237), directora, subraya la importancia del trabajo de las gerontólogas, pero lamenta que "hoy por hoy, hay muy poca… hay un nivel muy bajo de formación, ¡muy bajo! Bajísimo". Verónica (C227), se muestra también "totalmente" partidaria de profesionalizar la labor de las cuidadoras directas. Telma (C213) señala que las trabajadoras de las residencias deben estar "muy bien formadas en cuanto a la atención de cuidados básicos", pero, además, dadas las características específicas de las personas residentes considera "que la formación en algunas situaciones de la dependencia es fundamental", porque "al final atendemos lo cotidiano como es el alzhéimer, la demencia, las alteraciones de conducta, el deterioro cognitivo" explica. Además, considera que "hay que profesionalizar más y reivindicar no solo formación en el ámbito del cuidado profesionalizado sino la dotación de instrumentos para que se cuide mejor". No obstante, Guillermina (C079), advierte que las residencias pequeñas no pueden asumir el coste de contar con personal cualificado. En Bizkaia y en Gipuzkoa, donde las trabajadoras tienen mejores condiciones laborales, se insiste en los esfuerzos realizados para tener una formación adecuada, tanto por parte de Ruth (C259), como de Federico y Soraya (C255) y de Argiñe (C235).

Según algunas trabajadoras y directoras, la formación se vuelve incluso más necesaria cuando se intenta aplicar el modelo de ACP porque, como señala Pilar Rodríguez (C189), de Fundación Pilares, "a veces, hay gente que piensa que (…) con ser buena persona y dar muchos mimos es suficiente. (…) Y eso es horrible". Por ello, defiende la necesidad de "una profesionalización de los cuidados, pero transformando los contenidos formativos (…). Porque, si no, se reduce a una mirada biomédica y se olvida la dimensión entera de la persona". Esta formación específica, incluye, entre otros, "todo lo que tiene que ver con una relación de ayuda, desde aspectos de la ética, de la bioética, del humanismo y del ejercicio derechos". En la misma línea, Juan (C257), enfermero, defiende la labor de la enfermería en el desarrollo del modelo de ACP y propone la aplicación de la formación continua. De forma complementaria, Ruth (C259), quien tiene un puesto de responsabilidad en una entidad social con gran tradición en el desarrollo de dicho modelo, considera que "aunque hay mucha teoría detrás y la teoría la puedes aprender", hay capacidades y habilidades que únicamente se adquieren a través de la experiencia: "en lo que es la capacidad de contacto, de cómo yo me… ¿no?, eso se va aprendiendo desde el contraste y desde el feedback de los demás". Por ello, Mayte Sancho (C215), consultora de Fundación Matia, aboga por el acompañamiento, esto es, porque las

trabajadoras desempeñen su labor en el día a día junto otras trabajadoras haciendo observación.

Desde la mirada empresarial, José Mª Toro (C198), presidente de AERTE y secretario general CEAPs, entiende que es necesario avanzar hacia la profesionalización del sector, pero "todo no se arregla poniendo más años de formación". Por ello, considera que la formación requerida no tiene por qué ser universitaria, es suficiente con una formación profesional o unos ciclos formativos, porque al aumentar la formación "a lo mejor se generaría incluso una frustración con la necesidad de tratar temas que realmente no tienen más importancia". De esta forma, se consigue "ahorrar también recursos al propio sistema formativo estatal o autonómico". Propone reforzar dicha formación necesaria inicial con una "formación continua".

Los partidos políticos también se muestran a favor de la profesionalización del sector. PP (Ana Dávila-Ponce de León, C333) aboga por que la formación esté regulada y sea "específica" en las patologías que a menudo padecen las personas mayores (como, por ejemplo, el alzhéimer): la formación "cuanto más especializada mejor". PSOE (Sònia Guerra, C154*) considera que la formación debe ir vinculada a las necesidades del mercado laboral y a los perfiles laborales existentes y va más allá al considerar que la "inserción laboral debe ir también acompañada de un reconocimiento a nivel social" puesto que "solo podrá haber reconocimiento social cuando haya reconocimiento económico".

Las asociaciones y plataformas de familiares consideran también que la profesionalización del sector es escasa, lo que revierte de forma negativa en la calidad del cuidado que se presta en las residencias. M.J. Carcelén, portavoz de la Coordinadora de Residencias 5+1 se expresa en este sentido:

> (…) tenemos unos profesionales sin formación (y digo sin formación porque para trabajar en una residencia con un cursito que hagas en el SEPE [Servicio Público de Empleo Estatal] ya tienes suficiente). Eso se traduce en que la atención no es buena; y al no tener formación, tampoco tienen formación en prevención del maltrato, y el maltrato está presente, muchísimo más de lo que queremos ver. (M.J. Carcelén, C267)

4.8.6. EL CUIDADO A PEQUEÑA ESCALA Y PRÓXIMO AL ENTORNO

El tamaño de las residencias y su ubicación son cuestiones sobre la que gran parte de las personas entrevistadas se ha pronunciado. Hay unanimidad a la hora de subrayar la idoneidad de prestar cuidado a pequeña escala, bien en centros de tamaño reducido, bien en unidades convivenciales pequeñas que forman parte de un centro grande. Se considera, además, que el impacto de la covid ha sido mayor en los centros de gran tamaño que no están divididos en unidades de convivencia. Las reflexiones sobre la escala adecuada para prestar cuidado, a menudo, están relacionadas con el desarrollo del modelo de ACP. Junto al consenso sobre la escala, hay acuerdo respecto a la ubicación de los centros. Se considera importante que estén situados en un entorno de proximidad, es decir, dentro de los núcleos poblacionales.

La mayor parte de las personas entrevistadas se alzan contra las residencias grandes. Desde la visión de las trabajadoras, Ana (C289), terapeuta ocupacional, apela a la sobrecarga de trabajo que implican: "Estas macroresidencias me parecen horribles, tendrían que estar exterminadas. Creo que es inhumano porque no das abasto". Amaia (C295), enfermera, se pronuncia en la misma línea: "no creo en las macroresidencias", y señala que la "clave está en la atención individualizada, saber lo que a la persona le gusta". Para argumentar su postura alude a la LAPAD "que habla mucho de la necesidad de ayuda y de cubrir esas necesidades, pero también de promover la autonomía". Raquel (C034), auxiliar de enfermería, coincide con Ana y Amaia, al considerar que ofrecer cuidado en una escala reducida repercute de forma favorable tanto para las personas residentes como para las trabajadoras "porque en lo pequeño

lo particular está más presente, para ellos y para nosotras". Además, propone que las residencias estén integradas en el entorno, de modo que se fomente la interrelación entre residentes, así como su participación social, para evitar la formación de "guetos". Para Sonia (C057*), médica, la residencia tiene que ser "un lugar para vivir, una casa, un domicilio". Como se ha señalado anteriormente, las asociaciones y plataformas de familiares de personas residentes, también reclaman centros de tamaño reducido. Irauli Zaintza (Joseba, C276), solicita que sean "residencias pequeñas, ¡por favor! Y que no sean habitaciones de hospital, que tengas más metros, y que sean miniapartamentos".

Cuando se apuesta por el cuidado a pequeña escala, lo que se pretende es que las residencias sean lo más parecido a un hogar. No obstante, como ya hemos puesto de manifiesto en apartados anteriores, para gran parte de las trabajadoras y directoras, así como para familiares, no lo son. Por ello, critican las infraestructuras de las residencias actuales, así como el uso de uniformes por parte de las trabajadoras, lo que implica que las personas residentes no sientan que viven en un hogar: "es que son pequeños hospitales al final. Ya solo por los uniformes de los trabajadores (…), no creo que tengan la sensación de que están en su casa y eso es muy triste." (Amaia, C295). Clara (C275), de Marea de Residencias, se pronuncia en la misma dirección: "no es su casa, no es su hogar, es como… un hospital. O sea, van todos vestidos de hospitales".

Desde la perspectiva de las directoras, Guillermina (C079), define el tamaño idóneo de residencia según criterios económicos y de gestión: "el tamaño ideal son 120 [personas residentes] (…) conoces a todo el mundo, lo puedes tener controlado, es el tamaño ideal y la empresa gana dinero con 120. Gana más dinero con 120 que con 308". No obstante, muchas de las voces a favor de reducir la escala en la que se presta el cuidado, sitúan su defensa en el marco de una apuesta más global de desarrollo del modelo de ACP. Pilar Rodriguez (C189), presidenta de Fundación Pilares, señala que dicho modelo apuesta por que "se vaya a otro tipo de alojamientos, más parecidos a casas, alojamientos con servicios, apartamentos, viviendas comunitarias, viviendas compartidas intergeneracionales". Sin embargo, es consciente de que, en la actualidad, "la mayoría [de las residencias] son según el modelo tradicional", no presentan características arquitectónicas que permitan el desarrollo del modelo, por lo que apuesta por "ir cambiando el modelo desde dentro". De este modo, si bien propone como límite para su implantación 70 a 80 plazas, subraya la importancia de "contextualizar" cada centro. Por tanto, en centros con un número de plazas elevado, apuesta por crear "unidades pequeñas de convivencia" que ofrezcan la posibilidad de "vivir como en familia" porque: "una familia de 100 personas es imposible que… llegue a conseguir ese ambiente familiar, ¿no? Y, por eso el dividirse en unidades pequeñas de convivencia, ahí es donde sí que se puede favorecer la vida como cuasi familiar". Además, Mayte Sancho (C215), consultora de Fundación Matia, advierte que el cambio ambiental implica también atender a otros aspectos como la iluminación (cálida y baja), el mobiliario (muebles básicos con posibilidad de personalizar por parte de las personas residentes) o la creación de espacios comunes (pequeña cocina y salón) para evitar "características clásicas de las instituciones". Con todo, como señala Luis Barriga (C301), director general del IMSERSO, "la arquitectura genera mentalidad, esto es como el lenguaje, pero no solo", por tanto, "el mayor desafío para mí va a ser el cambio cultural". Mayte Sancho (C215), insiste en que "reconvertir una institución en un hogar exige un esfuerzo importante".

El impacto de la covid ha sido otra de las razones que ha llevado a gestoras, directoras y trabajadoras a reflexionar sobre el tamaño de las residencias. Ruth (C259), quien tiene un cargo de responsabilidad, considera que en los centros gestionados por la fundación en la que trabaja, el impacto ha sido menor porque están divididos en pequeñas unidades convivenciales. Antonia (C011), directora, y Mar (C011), apoyo a la dirección durante la

pandemia, opinan que, si el centro donde desempeñan su labor estuviera dividido en unidades convivenciales más pequeñas, el impacto de la covid hubiese sido menor. Igualmente, Maria (C013), gerocultora, aboga por separar el centro de día y la residencia, y plantea que la residencia debe ser de uso exclusivo de las personas residentes. David (C054*), director, va más allá, al afirmar que la covid ha supuesto un punto de inflexión en las infraestructuras de los centros: "tendrán que cambiar las estructuras de los edificios para poder atender a las personas con estos pequeños ámbitos de convivencia, y nunca volverá a ser lo que era, nunca".

Entre los partidos políticos hay unanimidad a la hora de defender centros residenciales reducidos y próximos al entorno. Algunos aluden también al mayor impacto de la covid en los centros de gran tamaño. Por ejemplo, el PSOE de Madrid (Purificación Casaupié, C240) trae a colación las residencias de su comunidad "donde hay quinientas, seiscientas personas institucionalizadas" para asegurar que son "espacios donde el covid ha encontrado, un lugar excelente, por las dimensiones…". En la misma línea, el PP de Bizkaia (Eduardo Andrade, C322), apela a lo sucedido en una residencia vizcaína: "El número de afectados en esa [residencia] es porque hay ciento y pico tíos, si llega a haber veinticinco, solo veinticinco [no se hubieran contagiado]". Nacho Álvarez (C318), secretario de Estado de Derechos Sociales, también alude al tamaño de los centros como una de las causas para la propagación del virus.

Asimismo, los partidos políticos apuestan por la proximidad. Nacho Álvarez, secretario de Estado de Derechos Sociales señala que las residencias deberían estar "más próximas al entorno donde las personas han desarrollado toda su vida, a su entorno domiciliario, a su entorno social" (C318). Purificación Casaupié, del PSOE Madrid, se pronuncia en el mismo sentido: "[que la persona mayor] siga vinculada al entorno, a la gente con la que ha ido a tomar café; y siga pudiendo acercarse… (…) a las tiendas del barrio, acompañada por alguien, y siga pudiendo ir a las actividades culturales o sociales de su entorno, de su barrio (C240). Junto a ello, otros partidos políticos como EH Bidu, Elkarrekin-Podemos y En Comú-Podem, subrayan la importancia de desarrollar la dimensión comunitaria del cuidado:

> Esto es tejido comunitario a nuestro entender: es esa parte que te hace, que te acompaña y que ayuda. Y si no, lo más arraigado posible, tu propia comunidad. Esto significa que deberían territorializar las lógicas de los servicios que se facilitan. Difícilmente un cambio en la primera fase, un cambio estructural del sistema, garantizará que tengas residencias de proximidad para todos. (Marta Ribas, En Comú-Podem, C182*)

A nivel institucional, en el contexto vasco, como se ha señalado en un apartado anterior, la Diputación Foral de Gipuzkoa, con la colaboración de Fundación Matia, es pionera en el desarrollo de centros residenciales divididos en pequeñas unidades convivenciales. Más recientemente, desde la Diputación Foral de Bizkaia se empieza a promover un cambio de modelo de los centros residenciales hacia "hogares o unidades más pequeñas" (Juan Otermin, PSE-PSOE Bizkaia, C324): "la diputación lo tiene claro" señala PNV (Elena Coria, C332). Además, se apuesta porque los centros no estén aislados, sino que se ubiquen en núcleos poblacionales donde han vivido las personas residentes, pues "la ubicación es importantísima para nuestro estilo de vida del 2021" (Elena Coria, C332). Desde la oposición, EH Bildu ratifica que ha habido "un cambio de discurso" (Izaskun Duque, C243) por parte del PNV, pero lo considera insuficiente. PP (Eduardo Andrade, C322) y Elkarrekin-Podemos (Héctor Fernández y Eneritz de Madariaga, C256), critican que el PNV siga apostando por centros residenciales de tamaño grande, aunque estén divididos en unidades convivenciales pequeñas. Según este último partido, no facilitan la participación comunitaria de las personas residentes (Héctor Fernández y Eneritz de Madariaga, C256).

4.8.7. HACIA UN CUIDADO "HUMANO Y HUMANIZANTE"

Victòria CAMPS (2021), en su reciente obra *Tiempo de cuidados: otra forma de estar en el mundo*, ofrece una reflexión en torno al imperativo ético aplicado al cuidado: en el sentido kantiano de "tratar al otro como un fin y nunca solamente como un medio" y de acuerdo con la máxima confuciana de "tratar a los demás como quisieras que te trataran a ti" (CAMPS, 2021: 130). Las reflexiones sobre el modelo de atención que desarrollan tanto trabajadoras, directoras y familiares, como personas expertas en el ámbito del cuidado y partidos políticos, coinciden con esta reflexión. Muchas de ellas, identifican como ideal el modelo de ACP, que se ha desarrollado en un apartado anterior (véase Viñeta 4.1.). En este epígrafe, no hacemos alusión a dicho modelo en concreto, sino que englobamos propuestas más globales, aun sabiendo que muchas de ellas se desarrollan, de facto, en el marco de dicho modelo. La expresión utilizada por Juan Otermin (C324), del PSE-PSOE de Bizkaia, sintetiza de forma contundente el sentir general sobre el horizonte del modelo de atención residencial y, por ello, encabeza este epígrafe: "Tenemos que ir a un modelo más humano y humanizante".

4.8.7.1. PROPUESTAS DE TRABAJADORAS

Las trabajadoras critican la rigidez del modelo residencial y abogan por un cambio. Amaia (C295), enfermera, opina que "son modelos a los que se les debería de dar muchas vueltas a un modelo diferente". Marta (C146), enfermera también, afirma que "es muy cuadriculado" y reclama que debería ser "el centro el que se adapte a esa persona" y no al revés. Alexa (C071), trabajadora social, coincide con Marta, mientras Sarai (C238), psicóloga, pregunta de forma retórica "si es ético que a la gente se le acueste a las 19:30h o a las 20:00h como se acuesta en muchos centros, porque a las 21:30 tienen que estar todos los trabajadores para darse el turno". Frente a ello, las trabajadoras solicitan dar mayor protagonismo a las personas residentes y a sus proyectos de vida. Carla (C214), animadora sociocultural, considera que hay que "darles mucha, mucha más voz": "hay que darles cabida en este mundo". Sara (C101), directora, Alma (C103), fisioterapeuta, y Lluna (C103), recepcionista, se pronuncian en la misma dirección.

Asimismo, para avanzar hacia un cambio del modelo, las trabajadoras sugieren, entre otros, una mayor implicación de las familias, dotar de más recursos a las residencias y entender el cuidado de forma integral. Marta (C146), enfermera, propone "que las familias sean parte activa de esas vidas, que no vengan solamente a la visita de la tarde" y Carla (C214), animadora sociocultural, reclama la existencia del "sindicato de familias". Damián (C001*), gerocultor, ve necesario dar "más recursos a los centros residenciales" y "tenérseles más en cuenta" pues considera que "la residencia también es un punto clave de la sanidad". Sarai (C238), psicóloga, lamenta que en los centros el cuidado se entienda de forma "parcializada" lo que dificulta una "forma de atender global", por ello, subraya la necesidad de avanzar hacia "una perspectiva multidisciplinar y muy especializada" del cuidado.

4.8.7.2. PROPUESTAS DE DIRECTORAS Y PERSONAS CON CARGOS DE RESPONSABILIDAD

Directoras y personas con cargos de responsabilidad en el sector se muestran también críticas con el modelo residencial hegemónico: Telma (C213), directora, Carme y Lidia (C024), directora y gestora de la empresa que gestiona la residencia, así como Ester Quintana (C012), del Instituto Municipal de Servicios Sociales del Ayuntamiento de Barcelona, lamentan que actualmente las residencias sean "más para ir a morir que para ir a vivir" (C024*). Además, las directoras y responsables del sector coinciden con las trabajadoras en que se debe dar voz a las personas residentes y promover su derecho a decidir. Ester Quintana (C012), Guillermina (C079), Concha (C252) y Eba (C253), entre otras, se pronuncian en esta dirección. Asimismo,

hay quien apela también a la implicación de las familias, pues, como señala Mayte Sancho (C215), consultora de Fundación Matia, la mayor parte de las personas residentes tienen un deterioro cognitivo moderado o grave, por lo que, si bien hay que generar formas de incentivarlas, "su capacidad de decisión está bastante limitada".

Asimismo, Rodrigo (C171) señala que "históricamente" el modelo residencial ha tenido "una visión un tanto paternalista en el sentido de yo cuido a mis viejecitos, cuido a mis abuelitos". No obstante, advierte, que en los últimos años "ha entrado con fuerza" una forma diferente de entender el cuidado: "nosotros acompañamos un poco al mayor en sus necesidades". Es el modelo de ACP. Por ello, Ruth (C259) considera que hay que "romper y huir" de los modelos residenciales institucionales "porque la organización de eso es agresivísima". Apuesta por desarrollar "organizaciones más orgánicas, más al servicio de las necesidades de las personas". Desde una visión global, Telma (C213), apunta "que estamos en un modelo centralizando y muy economicista. Hay que humanizarlo", y sentencia: "yo creo que hay que cambiar todo". Partiendo de esta premisa, desarrolla una propuesta con perspectiva de género definida como "cuidado equilibrado", que se sostiene sobre "tres patas fundamentales", poniendo el foco no solo en las personas residentes, sino también en las trabajadoras:

> La primera pata del cuidado equilibrado es un cuidado con apellido, responsable. La segunda para mí, es el cuidado de las personas cuidadoras. Es tan importante como el primero. Y la tercera pata fundamental, desde mi punto de vista, es la corresponsabilidad social y la conciliación de la vida. Yo siempre digo que conciliar no es negociar. Se concilia desde los procesos de igualdad, es decir que las tres patas tienen que tener el nexo de unión de la perspectiva de género y la transversalidad. (…) Cuando digo una conciliación en igualdad, digo, fundamentalmente de la persona en situación de dependencia y del entorno más próximo cercano, que al final son las personas cuidadoras principalmente. (Telma, C213)

4.8.7.3. PROPUESTAS DE FAMILIARES

Las asociaciones y plataformas de familiares ponen el acento en la dificultad que implica para las personas residentes dejar sus domicilios para formar parte de una institución: "les hemos sacado de su casa. Es que eso hay que tenerlo en cuenta (…) que te amputen de tu familia y de tu casa, de tus cosas personales, que cojan una maleta y que te lleven a un sitio que… que es un hospital" (Clara, Marea de Residencias, C275). Por ello, reclaman que se siga tratando a las personas residentes como si estuviesen en su propio hogar: "tratarle como tú te tratas en tu casa", porque al fin y al cabo "todos somos humanos y todos necesitamos eso" (C275). Irauli Zaintza (Joseba, C276) entiende que la sociedad ha cambiado y con ello las necesidades de cuidado: el cuidado ya no es el que era, es "otro fenómeno social". "La residencia debe reinventarse" afirma Gemma (C278*), miembro de un grupo de familias de una residencia catalana. Babestu (Efrén, C254) matiza que no se trata de "una cuestión de buscar culpables sino de crear un sistema mucho más robusto". Por ello, desde una mirada global, considera esencial el cambio de modelo residencial, no solo por el bienestar de las personas residentes, sino como requerimiento para toda la sociedad y, además, subraya su viabilidad económica: "si la ciudadanía supiera que tiene garantizada paz y dignidad en esa edad tan avanzada, otro gallo nos cantaría, hubiera mucho menos malestar social. ¿y cuánto nos costaría eso? Pues parece que si haces números es viable".

4.8.7.4. PROPUESTAS DE PARTIDOS POLÍTICOS

Entre los partidos políticos existe unanimidad también a la hora de poner encima de la mesa la necesidad de un cambio de modelo de atención y en subrayar la pertinencia de poner el foco en las personas residentes, en sus deseos y necesidades. Algunos, como PSOE, PSC y Elkarrekin-Podemos, advierten que se ha de tener en cuenta su diversidad: "dar un servicio a

la carta, cada uno lo que quiere" afirma Elkarrekin-Podemos (Héctor Fernández y Eneritz de Madariaga, C256). En esta línea, PSOE (Sònia Guerra, C154*) considera que se trata a las personas dependientes "como si fuese un colectivo homogéneo" y denuncia que no sean tratados "como sujetos políticos y como ciudadanos de pleno derecho, con derechos propios". Por su parte, PSC (Raúl Moreno, C222) repara en la necesidad de prestar atención a las personas con diversidad funcional y LGTBI. Paralelamente, Nacho Álvarez (C318), secretario de Estado de Derechos Sociales, de forma crítica, achaca la mayor incidencia de la covid, no solo al tamaño de las residencias, como se ha advertido en el epígrafe anterior, sino al "agotamiento de un modelo del cuidado excesivamente poco centrado en la heterogeneidad del individuo" y "demasiado centrado (…) en promover cuidados con estándares muy categorizados". Por ello, a partir del aprendizaje de la pandemia, afirma que, desde la Secretaría de Estado de Derechos Sociales, se apuesta por un modelo que "garantice cuidados más centrados en la persona" para que "quién tenga que hacer uso de estos centros residenciales al final de su vida, pueda hacerlo de una forma más parecida a como ha sido su vida en un domicilio particular".

EH Bildu (Ander Rodríguez, C323) denuncia que en los últimos años se ha buscado en mayor medida "el bienestar o comodidad de la institución que de la persona usuaria" y, advierte que, aunque haya cambiado el perfil de las personas residentes y cada vez se atienda a personas en situaciones de mayor dependencia, "el sistema no ha cambiado". Mientras, CUP (Vidal Aragonés, C236*) crítica la atención a la vejez desde el residencia-centrismo del modelo actual: "Cuando tenga 70 años, si quiero ir a una residencia no quiero ir a un *parking* de personas mayores que se están muriendo (…) no voy a ser una mercancía". Por ello, apuesta por desarrollar espacios autogestionados y con normas adoptadas "por la mayoría y de manera colectiva y democrática". Purificación Casaupié (PSOE Madrid, C240) propone una mayor participación de las familias a través la creación de un Consejo de Participación en cada residencia, tal como existe ya en los centros educativos. Por su parte, PP (Ana Dávila-Ponce de León, PP Madrid, C333) aboga por una mayor legislación y regulación para que no se agraven las situaciones de vulnerabilidad en la que se encuentran las personas residentes, como se ha percibido en "situaciones catastróficas" como la vivida con la pandemia.

4.8.7.5. PROPUESTAS DE PERSONAS EXPERTAS

Algunas de las personas expertas que hemos entrevistado se pronuncian también con relación al modelo de atención residencial. Mayte Sancho (C215), consultora de Fundación Matia y Pilar Rodríguez (C189), presidenta de Fundación Pilares, son pioneras en el desarrollo e implementación del modelo de ACP y sus propuestas han sido recogidas a lo largo de este capítulo en epígrafes anteriores. Ambas siguen apostando por dicho modelo a la hora de plantear un horizonte hacia el que avanzar. Otras voces se manifiestan también en la misma línea. Luis Barriga, director general del IMSERSO, considera esencial que tenga lugar una transformación sustancial en el modelo de atención residencial, difícil de llevar a cabo de manera inmediata: "revolucionar el interior, ese centro residencial, cambiar la cultura de todos los que están allí operando y esto no son cambios de la noche a la mañana". Afirma que "la vida de la gente allí [en las residencias] tiene que tener un sentido (…) pero esto requiere unas atenciones que van mucho más allá de 'te levanto por la mañana, te aseo y te bajo al desayuno'". Como subrayan muchas directoras y trabajadoras, no es suficiente con cubrir las necesidades fisiológicas de las personas residentes. Plantea con cierto tono irónico, pero con gran crudeza, una vía para la transformación:

> Yo lo que haría, como se hizo en discapacidad hace muchos años, es meternos unos cuantos, políticos, gestores, gente con responsabilidades en el Gobierno, lo que queráis, meternos unos cuantos, en una residencia, un mes, un mes. Te aseguro que cambiábamos el modelo

> rápidamente. Porque llevarían una vida que no merecería la pena ser vivida. (Luis Barriga, C301)

Desde una perspectiva más radical, Fernando Fantova (C170), consultor independiente que fue viceconsejero de Asuntos Sociales del Gobierno Vasco, destaca la gravedad de lo ocurrido en las residencias en el contexto de la pandemia y propone de forma contundente que "habría que cerrar las residencias" pues considera que "no es una buena idea dar cuidados alojando a la gente, y mucho menos de esa forma colectiva (…) [y] homogénea de gente de la misma edad". Entiende que es un modelo "muy reactivo" que "reacciona muy tarde" y atiende a las personas "solamente cuando estás muy mal". Como alternativa plantea el desarrollo del ámbito comunitario y de los servicios de atención domiciliaria.

4.8.7.6. HACIA UNA ORGANIZACIÓN SOCIAL DEL CUIDADO: "CUIDAR LA VIDA"

Las reflexiones en torno al modelo residencial no siempre se ciñen únicamente a las transformaciones que deberían tener lugar en los centros residenciales. Algunas voces que trabajan en el día a día en ellos reclaman que el cambio del modelo debe formar parte de una transformación más global. Desde la perspectiva de quien ocupa un cargo de responsabilidad y de quienes trabajan en una residencia, respectivamente, Ruth, Sarai y Raquel desarrollan planteamientos sugerentes en esta dirección. Ruth (C259), quien tiene un puesto de responsabilidad en una fundación que gestiona varias residencias, propone "un sistema social que cuide la vida, no que cuide solo cuando hay una dependencia (…) que el cuidado sea como el centro y lo que guía o el engranaje..." esto es: "Cuidar la vida", dice. Su posición recuerda a las propuestas que se han desarrollado desde la economía feminista, que abogan por poner la sostenibilidad de la vida en el centro (CARRASCO, 2001, 2017; PÉREZ-OROZCO, 2006). Sarai (C238), psicóloga, considera que la reflexión en torno al modelo de atención debe transitar "desde lo individual a lo social y desde lo social a lo individual". Paralelamente, Raquel (C034), auxiliar de enfermería, entiende que si el cuidado "tuviese un valor social" no pesaría la "carga cristiana" de las familias de "estoy dejando a…" cuando una de sus integrantes acude a una residencia. La solución que plantea recuerda la propuesta de Mary DALY y Jane LEWIS (2000) en torno a la "organización social del cuidado" o *social care*: "si hay un cuidado social, no tienes que llevar la carga de que estás dejando de cuidar porque hay una carga social que es la que se encarga de ese cuidado" (C259).

4.9. CONCLUSIONES

El estudio que hemos presentado en este capítulo ha aportado evidencias, desde distintos ángulos y perspectivas, sobre lo ocurrido en los centros residenciales durante la pandemia. Hemos reconstruido lo que ha sido una situación dramática, pues el coronavirus se introdujo en las residencias, infectó a residentes y a trabajadoras y causó muchas muertes. De hecho, en la primera fase de la pandemia, la mayor parte de fallecimientos por covid se produjo en los centros residenciales y afectó a las personas de más edad y mayor vulnerabilidad. Ante el colapso del sistema sanitario, las residencias tuvieron que afrontar los brotes que aparecieron en los centros sin recursos adecuados, con instrucciones cambiantes y contradictorias por parte de la Administración y con el aislamiento de las personas residentes. Ha sido una vivencia de sufrimiento para residentes, familias, trabajadoras y directoras.

Los medios de comunicación juzgaron, la sociedad juzgó, y se culpó a las residencias de lo que había ocurrido en ellas. En los hospitales también fallecían personas contagiadas por covid, pero no se dudó de que en el sistema de salud se hiciera todo lo posible para salvar vidas y cada día, a las ocho de la tarde, la ciudanía aplaudía al personal sanitario como reconocimiento

de su labor y esfuerzo. No se mostró la misma gratitud hacia quienes trabajaban en residencias, a quienes, incluso, se criminalizó.

Por todo ello, a la hora de redactar este capítulo hemos perseguido un doble objetivo: por un lado, sacar a la luz el trabajo de cuidados que se ha llevado a cabo en las residencias durante la pandemia y, por otro, identificar los factores que explican que el mayor impacto del virus se haya producido en ellas. Para tal meta, hemos querido escuchar las voces de todas las partes implicadas: sobre todo, de directoras y gerentes, trabajadoras y familias, pero también de otros agentes, como sindicatos, organizaciones empresariales, personas expertas y representantes políticos. Abordar el fenómeno desde una mirada poliédrica nos permite entender su complejidad y situar las causas estructurales que inciden en el funcionamiento de las residencias.

En este último apartado ofrecemos las principales conclusiones del estudio. Lo hemos dividido en tres partes. En la primera, recogemos el cruce de los relatos de los y las diferentes protagonistas, prestando atención tanto a las convergencias como a las divergencias, con la finalidad de identificar las principales fortalezas y debilidades de los centros residenciales. En la segunda, describimos los factores que explican la alta incidencia de la pandemia en las residencias y que ayudan a comprender qué ha ocurrido y qué causas han coadyuvado al desarrollo los sucesos acontecidos en ellas. En la tercera, presentamos algunas propuestas dirigidas a modificar y mejorar el sistema de atención a la dependencia desarrollado en el marco de las residencias.

4.9.1. CRUCE DE RELATOS: CONVERGENCIAS Y DIVERGENCIAS

El impacto de lo sucedido durante la pandemia ha motivado la elaboración de diversos informes sobre los centros residenciales para personas mayores y para personas con discapacidad. Informes críticos como los de MÉDICOS SIN FRONTERAS (2020) y AMNISTÍA INTERNACIONAL (2020), o el libro del periodista Manuel RICO (2021), ponen el dedo en la llaga respecto a los déficits de las residencias y denuncian las situaciones extremas que se produjeron en ellas. Significativamente, informes científicos y con una metodología contrastada, como los de Eloísa DEL PINO *et al.* (2020) o el del SIIS (2020), que aportan una perspectiva institucional, llegan a conclusiones parecidas, aunque utilicen un lenguaje más moderado. En nuestro caso hemos intentado huir de los condicionamientos tanto hipercríticos como institucionales a partir de un doble principio: todas las voces merecen la misma atención y consideración y las conclusiones deben proceder de la confrontación de los elementos disponibles interpretados en su contexto. Partiendo de tales premisas, hemos constatado que, a pesar de las diferencias y discrepancias, las distintas posiciones confluyen en la necesidad de modificar el modelo residencial porque, actualmente, no se ajusta a las necesidades ni a los valores de la sociedad.

A continuación, exponemos el cruce de los relatos de directoras y gerentes, trabajadoras y familias, complementados con los de sindicatos, organizaciones empresariales y partidos políticos respecto a las siguientes cuestiones: debilidad del modelo residencial, incongruencia de protocolos y excesiva burocratización, inseguridad y precariedad laboral, déficits en los ratios y plantillas insuficientes, y falta de reconocimiento del trabajo de cuidados.

4.9.1.1. CRUCE DE RELATOS SOBRE EL MODELO RESIDENCIAL

En ocasiones las familias se sitúan en una posición antagónica respecto a las directoras y gerentes a la hora de valorar la gestión de la pandemia. No obstante, unas y otras realizan un diagnóstico coincidente cuando afirman que el modelo residencial está obsoleto. Esta afirmación es compartida también por otros agentes, como representantes sindicales y algunos

partidos políticos. Por ello, sale a la luz la necesidad de atender a los factores estructurales, políticos y sociales que han conducido a importantes déficits en las residencias como consecuencia de las políticas de contención de gasto aplicadas desde 2012 y que han dado como resultado plantillas infradotadas, falta de recursos materiales y deterioro de los centros.

Directoras y gerentes han manifestado que carecen de recursos para garantizar una atención sanitaria que no les corresponde y para la que las residencias no están dotadas. Además, expresan la dificultad extrema para hacer frente a la falta de personal y a las suplencias ante las numerosas bajas laborales producidas por la covid. Las trabajadoras sufren estos déficits, por las insuficiencias en la dotación de las plantillas, que la pandemia amplificó, obligando a aumentar sus horas de trabajo y a realizar esfuerzos extraordinarios. Ambas partes coinciden en la dificultad que comporta ser la "cenicienta" de los sistemas de protección social y de salud, lo que implica no alcanzar el reconocimiento social y político necesario para llevar a cabo el cuidado de mayores y de personas con discapacidad en condiciones apropiadas. Esta misma perspectiva la comparten las familias que han interpuesto demandas judiciales, pues se quejan de la falta de atención hacia las personas residentes.

El tamaño de las residencias también ha constituido una cuestión abierta a debate durante la pandemia. Directoras y gerentes, trabajadoras, familias, personas expertas y representantes sindicales y políticos coinciden en la inadecuación de las residencias de gran tamaño, las macroresidencias. En ellas, el impacto de la covid ha sido especialmente virulento. Asimismo, hay unanimidad al señalar que dificultan que las personas residentes las sientan como hogares, además de impedir un cuidado centrado en la persona.

La titularidad y gestión de las residencias es también otra dimensión que se ha puesto encima de la mesa. No obstante, no hay una única posición a este respecto. Por un lado, directoras y representantes de centros privados destacan que la calidad del servicio y la eficiencia deben ser los principales criterios de valoración, con independencia de quien lleve a cabo la gestión. Por otro lado, trabajadoras, personas expertas, representantes sindicales y algunos partidos políticos defienden que las residencias deben ser públicas, para evitar que el cuidado de las personas mayores se convierta en un negocio. La gestión público-privada adquiere cierto consenso entre los agentes que participan en las residencias, siempre que se realice bajo la supervisión y el control eficaz de los poderes públicos. Las y los responsables de residencias privadas reclaman a la Administración un incremento de la financiación para mejorar el servicio. Por su parte, los responsables de residencias públicas, así como los y las familiares de residentes, las organizaciones sindicales y algunos partidos políticos insisten en la necesidad de controlar el destino de las trasmisiones económicas.

4.9.1.2. CRUCE DE RELATOS SOBRE LAS CONDICIONES LABORALES

Directoras y gerentes, trabajadoras, familias, sindicatos, organizaciones empresariales y partidos políticos coinciden en poner de manifiesto la precariedad laboral de quienes trabajan en las residencias. Los salarios están por debajo de los que se pagan en los centros sanitarios y, para las cuidadoras directas, son especialmente bajos. Las plantillas son insuficientes, pues las ratios no se ajustan a las necesidades actuales de las residencias y, además, no siempre se cumplen. La falta de profesionalización del sector es otra de las cuestiones que incide en la precarización de las condiciones laborales. Existe unanimidad a la hora de reconocer todos estos déficits.

Además, la precariedad de las condiciones laborales se ha agravado durante la pandemia. Las trabajadoras destacan las condiciones de riesgo, la sobrecarga, la intensificación por falta de plantilla… Las directoras señalan la necesidad de personal, las bajas "poco justificadas" y el hecho de tener que gestionar la ausencia de hasta la mitad de la plantilla cuando no había

trabajadoras disponibles para hacer sustituciones. Además, tanto trabajadoras como directoras y gerentes han tenido que desempeñar labores que no correspondían a sus funciones, bien porque las rebajaban, bien porque las excedían. Ha habido, por ejemplo, gerocultoras que han tenido que hacer labores de limpieza, fisioterapeutas que han tenido que ejercer de gerocultoras, directoras que han ejercido de enfermeras… Lidiar con la dimensión más dramática del final de vida y la muerte ha sido otra de las cuestiones a las que se han tenido que enfrentar las trabajadoras, directoras y gerentes de los centros residenciales, que carecían de los recursos humanos y materiales suficientes y que no han podido derivar estas funciones en personal especializado.

La precariedad de las condiciones laborales ha tenido también consecuencias directas a la hora de cubrir las bajas en los centros residenciales. Directoras y gerentes narran las dificultades de encontrar a personas que estuviesen dispuestas a trabajar en las residencias. El caso de las profesionales de la enfermería ha sido paradigmático en este sentido, pues han optado por dar prioridad a la oferta laboral de los hospitales, donde también se requería su presencia, frente al empleo en centros residenciales, que aporta un salario considerablemente menor.

La precariedad del sector se atribuye a la complicidad entre la Administración y las empresas gestoras de los servicios, con el fin de abaratar los costes. Tiene consecuencias directas para las trabajadoras y repercute de forma negativa en la calidad del cuidado, por lo que incide también en las personas residentes y en las familias, que atribuyen a este déficit la mala calidad de la atención residencial.

Por todo ello, las demandas que realizan principalmente los sindicatos, pero que comparten trabajadoras, directoras y familiares, se concretan en una mejora de los salarios, en el incremento de las ratios para dedicar más tiempo a cada residente, en que determinadas dolencias derivadas del esfuerzo realizado por su trabajo se consideren enfermedades profesionales, entre otras reivindicaciones. Durante la pandemia las peticiones se extendieron, además, a la prevención y la seguridad frente a los contagios, con la exigencia de contar con equipos de protección y condiciones seguras para realizar el trabajo.

4.9.1.3. CRUCE DE RELATOS EN TORNO A LA PROTECCIÓN Y A LA SEGURIDAD LABORAL

Tanto directoras y gerentes como trabajadoras narran que, salvo excepciones, en los primeros momentos de la pandemia, los centros carecían de material de protección. Tampoco se les suministró por parte de las Administraciones competentes, salvo "ridículos" o escasos kits en contadas ocasiones. Desde la perspectiva de directoras y gerentes, el hecho de que la Administración olvidara en sus inicios, y relegara posteriormente, el sector de las residencias tuvo consecuencias dramáticas. La tardanza en subministrar equipos de protección y de hacer pruebas diagnósticas contribuyó a incrementar los contagios de residentes y de trabajadoras.

En ausencia de EPI, las trabajadoras tuvieron que arreglárselas con equipos caseros no homologados, como mascarillas de tela, gafas de deporte o propias de oficios manuales, y bolsas de basura a modo de buzos o monos de protección corporal. Trabajadoras y directoras han puesto el ejemplo del uso de bolsas de basura para contrastarlo con los seguros y pomposos equipos de protección que lucían los profesionales de la UME cuando llegaban a desinfectar las residencias. Las trabajadoras de estos centros estuvieron en primera línea en cuanto a la exposición al contagio y tuvieron que apañarse con materiales y equipos precarios. Por ello, alaban y agradecen la solidaridad comunitaria que se materializó en la donación de todo tipo de productos: comidas caseras, mascarillas y batas de tela de confección propia y productos de limpieza, entre otros.

No obstante, más allá de la variabilidad de cada centro, que hemos explicado en diversas ocasiones a lo largo del capítulo, hemos de destacar en este punto los silencios de algunas

directoras y gerentes. Son varias las trabajadoras que explican las reticencias iniciales por parte de la dirección de algunos centros de que utilizasen mascarillas (para no asustar y alertar a las personas residentes), incluso cuando las proporcionaban las propias trabajadoras. Los silencios son significativos también respecto a la minusvaloración que se hizo de la pandemia en las semanas iniciales, tanto por parte de responsables políticos, como por parte de las direcciones de algunos centros, algo que las organizaciones sindicales denunciaron profusamente. Por tanto, si bien existe unanimidad a la hora de apelar a la inseguridad laboral en términos de contagio y de sus repercusiones para la salud, la actuación de las directoras y gerentes en este sentido ha sido desigual.

4.9.1.4. CRUCE DE RELATOS SOBRE LOS PROTOCOLOS DE ACTUACIÓN

Las directoras y gerentes relatan cómo las directrices emanadas desde Sanidad para hacer frente a la pandemia se han concretado en unos protocolos cambiantes, pues contenían mandatos que horas más tarde se rectificaban, se cambiaban y, con frecuencia, eran opuestos a los anteriores. Las directrices sobre el uso o no de mascarillas, las condiciones de aislamiento, los regímenes de visitas, entre otros, variaban según la orden del momento. Las consecuencias de todo ello divergen según la posición de quien las padece. Por un lado, directoras y gerentes, denuncian la sobrecarga de trabajo generada por la burocratización de los procedimientos que, en ocasiones, consideran excesivos, así como por la necesidad de adaptación constante a unos protocolos cambiantes. Por otro, directoras, gerentes y trabajadoras consideran que las medidas impuestas desde Sanidad no eran adecuadas para su aplicación en los centros residenciales. Una de las frases más repetidas en las entrevistas ha sido "una residencia no es un hospital".

Directoras, gerentes y trabajadoras también coinciden en relatar cómo el aislamiento de las personas residentes perjudicó su estado de salud, especialmente el de aquellas con problemas de deterioro cognitivo. El aislamiento se impuso para las familias, pero ha sido una de las medidas más conflictivas y polémicas. Cuando se observa desde el punto de vista de las y los familiares, en ocasiones, se ha interpretado como una limitación de derechos, algo que también comparten algunas directoras y gestoras de los centros. La medida también ha sido controvertida en opinión de muchas trabajadoras, que argumentan con gran detalle las consecuencias que el aislamiento provoca sobre las personas residentes, además del volumen de trabajo que entraña. En todo caso, las directoras sí tenían muy presente que la apertura o flexibilidad de las medidas suponía un riesgo de contagio. No es este pues un tema fácil de gestionar por su complejidad.

Las familias detectan los mismos problemas que las directoras, gerentes y trabajadoras y los subrayan cuando ponen denuncias, aunque su relato es en parte contrapuesto. Las familias se han sentido excluidas a la hora de mantener vínculos afectivos con sus personas allegadas, al no poder tener contacto directo con ellas. Además, fuera de las residencias apenas se conocía la existencia de los protocolos que impedían la derivación de residentes a los hospitales. Por ello, los relatos del personal de los centros y los de las familias de las personas residentes a menudo se enfrentan. Algunas familias han acusado a las directoras de aplicar medidas que no consideraban adecuadas, de no ser informadas con regularidad y con transparencia del estado de sus allegados/as, de no poder tener contacto directo con los y las residentes, de no prestar atención, de abandonar a su progenitor/a o de no hacer lo posible por curarlo/a y evitar su muerte. Por todo ello, se enfrentan a las directoras y gerentes en tanto que las consideran responsables de lo que ocurre en los centros. Por su parte, estas responden que se han desvivido y que han hecho todo lo humanamente posible por salvar a sus residentes, acompañarlos en el final de la vida, preparar y gestionar las exequias… A pesar de ello, sienten que se les ha criminalizado.

La incongruencia y la excesiva burocratización de los protocolos emanados desde la Administración y su repercusión sobre las personas residentes ha tenido consecuencias no deseadas y ha sido causa, en ocasiones, de enfrentamientos entre los centros y las familias. Como problema de base, la cuestión se dirime en términos estructurales, traducidos en una falta de liderazgo y de transparencia por parte de la Administración, y en la aplicación de medidas adoptadas desde la lógica biomédica, que no siempre son adecuadas para el cuidado en residencias.

4.9.1.5. CRUCE DE RELATOS SOBRE EL RECONOCIMIENTO DEL TRABAJO DE CUIDADO

Todos los agentes que intervienen en el sector, directoras y gerentes, trabajadoras, representantes sindicales y empresariales, coinciden en considerar que existe una falta de reconocimiento del cuidado social y del trabajo que se realiza en las residencias. Se atribuye a un desconocimiento, a la invisibilidad de sus funciones, pero también a la feminización del sector: la mayor parte de las trabajadoras son mujeres, y también lo son la mayor parte de las residentes. Ser cuidadora y ser mayor, ambos están socialmente devaluados. Y lo mismo sucede con la discapacidad.

La falta de reconocimiento se ha visto agravada durante la pandemia por el tratamiento mediático de la incidencia de la covid en las residencias y por la desatención sobre el trabajo llevado a cabo en ellas, en comparación con el desempeñado por los y las profesionales de la salud. Directoras, gerentes y trabajadoras se han sentido menospreciadas y han mostrado enfado y crispación ante el trato recibido por considerarlo profundamente injusto e injustificado. Como compensación, han subrayado el agradecimiento recibido por parte de muchas familias, así como por las propias personas residentes. En nuestra investigación hemos dado voz sobre todo a las familias que han mostrado indignación. No obstante, también tenemos constancia de que han sido muchas las que han valorado y han reconocido el esfuerzo llevado a cabo en los centros.

4.9.2. LAS RESIDENCIAS ANTE LA COVID: CUESTIONES CLAVE Y FACTORES EXPLICATIVOS

La mayor incidencia de la covid en las residencias no tiene una única causa. Son varios los factores que explican que se haya producido una situación tan dramática y difícilmente predecible. Por tanto, a la hora de explicar los factores de la alta incidencia, se ha prestar atención a varias cuestiones clave. Algunos de los factores explicativos son netamente estructurales, es decir, anteceden a la pandemia y subyacen en el sistema residencial de cuidados a la dependencia; la covid no ha hecho más que poner en evidencia que demandan ser revisados. Entre ellos, hemos identificado la debilidad del sistema de cuidados residencial, así como la precariedad, falta de profesionalización y de dignificación de las condiciones laborales del sector residencial. Otros factores explicativos son coyunturales, a saber, surgen en el contexto concreto de la pandemia y están estrechamente relacionados con ella. Entre ellos, hemos detectado la incongruencia de protocolos y excesiva burocratización, la prevención y el riesgo de contagio, así como la invisibilidad de las residencias y el maltrato de los medios de comunicación y por parte de la opinión pública. Si bien presentamos los diferentes factores de forma separada para facilitar su comprensión, es difícil entenderlos de forma aislada, pues la mayor parte de ellos, de una manera u otra, están relacionados entre sí y así se han de entender. Enfocar uno u otro no necesariamente significa aislarlo de los demás.

4.9.2.1. LA DEBILIDAD DEL SISTEMA DE CUIDADOS RESIDENCIAL

Marco normativo obsoleto

Buena parte de los contenidos de la Ley de Dependencia han quedado obsoletos como, por ejemplo, las ratios entre cuidadoras y residentes, pensadas en un contexto sociodemográfico en el que quienes acudían a las residencias eran personas más jóvenes que ahora y con menor grado de dependencia. Dado que, a mayor edad los cuidados requeridos son más intensos y complejos, cuando la dotación de personal no cambia, la calidad del cuidado decae. Tanto quienes aspiran a utilizar servicios públicos residenciales, como quienes conviven en los centros, al igual que sus familias, padecen a diario los efectos de un modelo desfasado. Además, con la pandemia, avances como el desarrollo del modelo de ACP, que implican dar más capacidad de agencia a las personas residentes, se han visto frenados. La covid ha puesto en evidencia que hace falta reflexionar sobre qué futuro reservamos para las personas mayores en situación de dependencia, afrontando todas las dimensiones del cuidado.

Desinversión pública: políticas de austeridad

La falta de recursos humanos y materiales ha dificultado que las residencias pudieran responder de manera más eficaz a los efectos de la pandemia. La carencia de recursos es resultado de las políticas de austeridad materializadas en los recortes de inversiones públicas en este ámbito desde hace casi una década. Estas deficiencias afectan a la dotación de infraestructuras, lo que ha podido contribuir a una mayor propagación del virus: instalaciones insuficientes, comedores colectivos masificados, habitaciones compartidas, y el propio tamaño de las residencias, donde la alta densidad de personas mayores dificulta la atención personalizada. Las dotaciones de personal padecen igualmente de la misma desatención en lo que a mejoras económicas se refiere.

Gestión privada y financiación pública

En el Estado español la mayor parte de las residencias están gestionadas por entidades privadas, sean empresas con ánimo de lucro o, en menor medida, organizaciones del Tercer Sector (muchas de las cuales son de órdenes religiosas). No obstante, la financiación es mayoritariamente pública. Solo una minoría son de gestión directa, es decir, que tanto la titularidad como la gestión son públicas. A pesar de los recortes en la financiación pública, los centros residenciales, especialmente los de mayor tamaño, constituyen un incentivo para empresas multinacionales y fondos de inversión que las contemplan como un nicho para obtener beneficios.

La pandemia ha azotado a las personas que viven y trabajan en las residencias con independencia de la entidad en la que recaiga su titularidad y gestión. Sin embargo, el impacto ha sido mayor en las que reunían a un número elevado de personas, lo que coincide, generalmente, con aquellas de gestión privada, donde las empresas multinacionales y los fondos de inversión tienen mayor presencia. Las residencias públicas han tenido a su favor que cuentan con plantillas más estables que las privadas, que las condiciones laborales del personal son mejores y las ratios son más altas, por lo que las trabajadoras están menos estresadas por el control de los tiempos. Sin embargo, no cuentan con procedimientos para agilizar la contratación de personal y están más limitadas a la hora de flexibilizar horarios, jornadas o funciones.

Descoordinación entre servicios sanitarios y sociales

La falta de coordinación entre el sistema de cuidado social y el sanitario ha sido uno de los elementos cruciales a tener en cuenta a la hora de valorar la tardía e inadecuada respuesta de las Administraciones ante la pandemia. Se partía de una relación entre las residencias y los

CAP poco fluida y ambigua. Generalmente son los y las profesionales sanitarios/as contratados/as directamente por las residencias quienes hacen el seguimiento de las personas residentes, mientras desde los CAP se gestionan las recetas y se resuelve la derivación a los servicios especializados que precisen. En la pandemia este tipo de relación se mostró nefasta, pues en la práctica no se pudo contar con los profesionales de la sanidad pública. Este problema se resolvió cuando algunas comunidades autónomas decidieron que desde los CAP se diera apoyo sanitario a las residencias, lo cual mitigó la sensación de abandono que se había experimentado a inicios de la pandemia. También se organizaron equipos de seguimiento y apoyo a las residencias.

Algunas comunidades autónomas (y en algunas zonas de Cataluña) cuentan con empresas gestoras que proporcionan servicio sanitario a los centros residenciales (en Cataluña denominados EAR). Otras (como la Comunidad de Madrid) hicieron un intento similar durante la pandemia para medicalizar las residencias y remediar la deficiente o nula intervención sanitaria que dejaba al descubierto el abandono de las personas residentes por los servicios de salud. En ambos casos los resultados fueron un fracaso, dado que, en el primero, apenas se atendieron las demandas o se hicieron de forma muy insatisfactoria y, en el segundo, el proceso de adjudicación fue problemático por las condiciones en las que se ejecutó, la falta de trasparencia y las irregularidades administrativas y políticas que la rodearon.

En suma, los servicios privados contratados al efecto no cubrieron, en ninguno de los casos, las necesidades de prevención, ni frenaron la trasmisión del virus, ni atendieron las situaciones de enfermedad, ni ayudaron a las directoras y trabajadoras de los centros a realizar un trabajo sanitario que tuvieron que ejercer a pesar de que no ser competencia suya. A todo ello se añade la dificultad para derivar a los hospitales a las personas residentes, lo que ha conducido a que, sin atención sanitaria, los fallecimientos se produjeran en las residencias y no en los centros hospitalarios.

4.9.2.2. CONDICIONES LABORALES PRECARIAS Y FALTA DE PROFESIONALIZACIÓN

Precariedad

Las condiciones de trabajo de las categorías laborales básicas (auxiliares de enfermería o de geriatría, gerocultoras y limpiadoras) son precarias. La pauta general es el trabajo a turnos, habitualmente rotatorios, que pueden incluir noches y festivos. La temporalidad es una característica de los contratos en el sector y el trabajo a tiempo parcial afecta a un elevado número de trabajadoras, por lo que se cuentan con frecuencia entre "los trabajadores y las trabajadoras pobres". La precariedad de las condiciones laborales repercute de forma negativa sobre la calidad del cuidado. Además, en el contexto de pandemia, la sobrecarga de tareas, el alargamiento de jornadas y el riesgo de contagio se han generalizado entre las directoras y gerentes y el conjunto de trabajadoras, en detrimento de sus condiciones laborales y de la calidad del cuidado que prestan.

Los bajos salarios que recibe el conjunto de profesionales de las residencias, pero sobre todo las trabajadoras directas (gerocultoras y auxiliares) y el personal de limpieza, entre otras, son la causa, no solo de la elevada rotación, sino también de que, en tanto que trabajadoras pobres, se vean obligadas a buscar otros empleos, en el mismo o en otros sectores, con los que incrementar sus ingresos para cubrir sus gastos o necesidades básicas. En el periodo de pandemia este hecho se ha convertido en una práctica de riesgo para las trabajadoras, ya que no son pocas las que acudían a otras residencias o a domicilios para completar su jornada laboral, lo que ha podido contribuir a extender el virus entre distintos centros.

Costes salariales y beneficios empresariales

Cuando se pregunta quien ha de asumir los costes salariales que implican mejorar las condiciones laborales del sector residencial, las miradas se orientan hacia las Administraciones públicas. Es decir, sale a la luz la necesidad de incrementar la inversión pública destinada a los centros. No obstante, por parte de las empresas gestoras de residencias no se pone en cuestión el afán lucrativo de algunas de estas compañías, ni el destino de los beneficios que, en ocasiones, son fondos de inversión opacos radicados en paraísos fiscales. Cabe preguntarse al menos cómo el hecho de tener que contentar a inversores repercute en la precariedad laboral y en la disminución del gasto cotidiano por residente.

Las situaciones de déficit en las condiciones en las que se presta el cuidado, en general, y en las condiciones laborales de las trabajadoras, en particular, ponen de manifiesto la existencia de cierta complicidad entre los agentes que participan en el quehacer de las residencias: empresas gestoras lucrativas que no quieren poner en riesgo sus beneficios, Administraciones públicas escasamente comprometidas con el cuidado social y familiares que temen que las mejoras les expongan a posibles subidas del precio de las residencias.

Falta de profesionalización

El trabajo de cuidados en residencias está escasamente profesionalizado, lo que se deduce de los flexibles (e imprecisos) requisitos de acceso para las cuidadoras directas y se traduce en un déficit en el estatus laboral y en los bajos salarios. Existen actualmente fisuras en el reconocimiento profesional de las gerocultoras como profesionales que compiten en jerarquía (y menos en salarios, porque se aplican los más bajos) con las auxiliares de clínica o de enfermería. Otra de las categorías profesionales cualificadas, como la enfermería, que también accede al sector sanitario, ha sido protagonista durante la pandemia porque ha sido codiciada por los centros hospitalarios. Ha habido un abandono o trasvase del sector de servicios sociales al sanitario, provocando un vacío de estas profesionales en las residencias. Los salarios en el área de salud llegan a ser hasta 30% superiores en perjuicio de las residencias, que acaban siendo una opción secundaria para el personal sanitario.

4.9.2.3. INCONGRUENCIA DE PROTOCOLOS Y EXCESIVA BUROCRATIZACIÓN

Desconocimiento del contexto residencial

Fueron las autoridades sanitarias quienes tomaron las riendas de la lucha contra la pandemia, con una perspectiva centrada en el sistema hospitalario, que en los primeros momentos relegó a un segundo plano a los CAP y a las residencias. Tanto la Administración central como algunas comunidades autónomas acordaron al inicio de la pandemia traspasar las competencias del área de Servicios Sociales a las autoridades sanitarias. A partir de entonces el Ministerio de Sanidad, así como las Consejerías de Salud o Sanidad autonómicas, fueron las que se encargaron de elaborar la normativa, dictar protocolos y emitir documentos y directrices destinados a los centros residenciales. En consecuencia, los servicios sociales quedaron subordinados a los sanitarios. Bajo este prisma se dictaminó la conveniencia, por ejemplo, de aislar a las personas en sus habitaciones y de prohibir las visitas de familiares para prevenir la propagación del virus. Las medidas confirman el desconocimiento que tenían las autoridades sanitarias de la realidad de las residencias. Las personas dependientes no admiten la misma atención que las personas enfermas que acuden a los servicios sanitarios primarios u hospitalarios, sino que padecen patologías específicas y el aislamiento, en general, las agrava. Las autoridades sanitarias se han mostrado incompetentes cuando han ordenado o recomendado actuaciones en el ámbito de las residencias.

En definitiva, el liderazgo desde la Administración debiera haber sido firme, coherente y con absoluta transparencia ante la sociedad y muy especialmente ante las familias afectadas. Faltó además una mejor coordinación entre los departamentos de sanidad y los de carácter social, tanto a nivel del Gobierno como del de las comunidades autónomas (y en el contexto vasco, de los Territorios Históricos).

Directrices confusas y profusión de datos

Directoras y gerentes han sido destinatarias de las directrices emitidas por las autoridades autonómicas o provinciales (en el caso del País Vasco) para dirigir las actuaciones en las residencias durante la pandemia. Los numerosos protocolos que llegaban, un día sí y otro también, sobre todo en los meses críticos (marzo y abril de 2020) han restado tiempo a este personal que debía dedicarlo a labores urgentes de atención a las personas enfermas, así como a otras tareas de gestión prioritaria que no admitían demora y que requerían toda su atención. Además, han causado caos e incertidumbre entre las trabajadoras, han generado desconfianza en las familias y han provocado dudas o sospechas que ponían en cuestión la autoridad y la gestión de las directoras.

Las directoras se han enfrentado a dilemas éticos por el hecho de tener que limitar la movilidad de las y los residentes o de tener que impedir visitas en situaciones de final de vida, cuando ese tipo de decisiones no les correspondían y tampoco se sentían cómodas adoptándolas. Frente a ello, ha habido quien ha contravenido las directrices (como, por ejemplo, permitiendo visitas de familiares en situaciones de final de vida) por considerar que de esa forma se garantizaba una mejor calidad del cuidado. Con ello, han sacado a la luz su capacidad de liderazgo. Paralelamente, la burocracia excesiva, con peticiones de información y proliferación de formularios que debían responderse prácticamente a diario, no dejaron de añadir presión sobre sus tiempos de trabajo. Ha sido un elemento más que sumar al cansancio y agotamiento de directoras y gerentes que tenían que compaginar estas demandas con otras tareas urgentes en medio de la trágica situación por la que atravesaban.

Protocolos de derivación a hospitales

Algunas comunidades autónomas pusieron impedimentos para que las personas residentes enfermas accedieran a los hospitales. La sobremortalidad en las residencias no se puede desligar de las medidas adoptadas por las autoridades sanitarias de estas comunidades, de manera que buena parte de los fallecimientos ocurridos en los centros se produjeron porque no se permitió derivar a estas personas al hospital. La aplicación de mecanismos de triaje por parte de los hospitales no siempre respondió a criterios médicos, lo que dificultó todavía más la gestión de la pandemia en las residencias. La decisión de acceso de personas residentes enfermas a los centros hospitalarios quedaba en manos de profesionales diversos (desde el o la geriatra del hospital a quien se consultaba por teléfono, encargados/as de las ambulancias, o las propias directoras de las residencias) con el resultado de que durante varias semanas se cerró a las personas residentes la puerta de entrada a hospitales públicos y privados. Solo quienes contaban con seguros médicos pudieron acudir a los privados, lo que supone una discriminación y una injusticia social.

4.9.2.4. SOBRECARGA DE TRABAJO Y RIESGOS LABORALES

Sobrecarga de trabajo

La covid ha impactado especialmente entre el personal que atiende a las personas mayores y con discapacidad. La urgente demanda, el incremento del trabajo y el elevado número de bajas laborales ha obligado a directoras y trabajadoras a largas jornadas y a la sobrecarga e intensificación de la actividad, las ha expuesto a la enfermedad, en ocasiones a la separación

de sus familias y a trabajar con insuficientes mediadas de protección. Además, han sufrido estrés, ansiedad y angustia por el contacto continuado con la muerte. Hay que señalar que el fallecimiento de las personas residentes no solo ha sido duro por la impotencia que sentían las trabajadoras, sino también por el dolor de ver morir a personas que habían cuidado durante años y con las que habían creado lazos de afecto. En el sistema sanitario las personas pasan, pero en las residencias están. Por ello, lidiar con la muerte ha sido uno de los aspectos más difíciles que han tenido que enfrentar las trabajadoras de las residencias.

Bajas laborales

En los peores meses de la pandemia, en muchos centros, las bajas laborales afectaron a la mitad o más de la mitad de la plantilla. No solo los contagios por covid motivaron estas bajas, sino también las crisis de ansiedad, los problemas de conciliación y el pánico al virus. Además, a diferencia del sector sanitario, se obligaba a hacer cuarentenas sin contagio confirmado, lo que contribuyó al colapso funcional de las residencias. En aquellos momentos no fue fácil encontrar suplentes. No había trabajadoras disponibles en las bolsas de empleo y, de las que había, muchas o no querían trabajar en una residencia u optaban por ir al sector sanitario. Esto supuso la reestructuración de las plantillas y la contratación eventual de personal sin la formación requerida.

Limpieza y desinfección

La limpieza, uno de los trabajos más feminizados y de menor prestigio social, se ha revelado como una actividad fundamental durante la pandemia. Se ha comprobado que es una condición previa para el cuidado y la salud. Con ello, las trabajadoras de este sector han percibido que su trabajo es importante y comprobarlo las ha empoderado. Sin embargo, la importancia de su labor no se ha reflejado en reconocimiento social ni en mejoras laborales.

La necesaria limpieza profunda ha exigido el uso de desinfectantes y, entre ellos, la lejía se ha utilizado profusamente, con el riesgo de intoxicación que implica para las trabajadoras. Se utilizaba para desinfectar superficies, pero también para la limpieza de materiales como EPI. Las trabajadoras de limpieza de los centros han desarrollado una labor eficiente, en ocasiones más útil y con menos riesgos de los que implicaba la entrada en los centros de profesionales como bomberos o la UME, que desatendían los aspectos más sensibles del cuidado, como el hecho de trasladar y agrupar a residentes cuando no se disponía de pruebas y se desconocía el riesgo de contagio entre residentes y entre trabajadoras. Los descuidos añadieron muchas veces preocupación y trabajo extra al ya difícil equilibrio de la organización de los centros.

Falta de material y carencia de equipos homologados

El impacto de la pandemia en las residencias ha mostrado hasta qué punto estaban desatendidas por las administraciones competentes. Las carencias observadas, por la infradotación de recursos humanos, la ausencia de materiales de protección y las infraestructuras inadecuadas, han contribuido a la expansión del virus. Las directoras y las trabajadoras han tratado de evitar los contagios con medios escasos e inapropiados. Las residencias fueron catalogadas en los documentos oficiales como "operadores de servicios esenciales", sin embargo, el tratamiento recibido a efectos de dotación de recursos por parte de las administraciones no se correspondió con las necesidades acuciantes que tenían, tanto las trabajadoras como las personas residentes.

Trabajadoras presenciales

Las medidas de prevención que deberían haber tomado las trabajadoras de las residencias fueron imposibles de cumplir en la mayoría de los casos. No era viable mantener la distancia social porque el cuidado exige cercanía, contacto físico. El trabajo en residencias es imprescindible y, por lo tanto, el personal de plantilla no pudo confinarse en sus casas en los

momentos más duros del estado de alarma y, salvo excepciones, no pudo teletrabajar. Además de estar en primera línea, sobre todo durante la primera etapa de la pandemia, trabajaban sin medidas adecuadas de protección. Las condiciones de inseguridad padecidas por directoras y trabajadoras no se limitaron a su permanencia en el trabajo durante la jornada laboral. A pesar de adoptar las medidas de protección a su alcance, no se desprendieron del estigma de ser potencialmente cuerpos contaminantes que familiares directos y amistades trataban de evitar. El riesgo era doble: tenían miedo de introducir el virus en la residencia y, a su vez, temor por contagiar a sus familias. A ello, había que añadir la dificultad de trabajar con EPI y de desarrollar la dimensión relacional del cuidado en las residencias: la metáfora del astronauta ha sido muy recurrente entre las trabajadoras para describir la situación. En general, el estrés y la angustia padecidos por el personal de los centros residenciales no se han atendido, ni se han visto compensados económica ni socialmente, a diferencia del reconocimiento que han tenido sus homólogos en otros sectores esenciales.

4.9.2.5. RELACIÓN CON LAS FAMILIAS

Comunicación con las familias

Puesto que las residencias cerraron sus puertas y empezaron a circular noticias sobre fallecimientos cundió el pánico entre los y las familiares. De ahí que las estrategias de comunicación con las familias fuera un elemento crucial en la gestión de la pandemia. Hubo residencias donde este aspecto se priorizó, aunque en otras hubo opacidad y falta de transparencia, a menudo motivado por el colapso existente. Esto último ocasionó angustia, pero también indignación entre las familias.

Comunicación de las personas residentes con el mundo exterior

El teléfono y las videollamadas fueron las principales estrategias de comunicación de las personas residentes con sus familiares. Las visitas, prohibidas durante semanas, se recuperaron de forma muy restringida y controlada, lo que supuso un motivo de sufrimiento tanto para familiares como para residentes.

Indignación y demandas de familiares

Algunas familias interpusieron demandas contra las directoras de residencias y también contra la Administración. Los principales motivos de queja se centran principalmente en las sospechas de desatención de sus familiares y la deficiente gestión de los fallecimientos. También la falta de una comunicación e información coherentes, la gestión de salidas e ingresos de las residencias, los regímenes de visitas y la unilateralidad de las decisiones. Algunas de las plataformas de familiares critican a su vez el modelo residencial, al considerar que presenta graves deficiencias y carencias. Las plataformas familiares consideran que ni las Administraciones ni los tribunales les escuchan.

4.9.2.6. INVISIBILIDAD Y MALTRATO DEL SECTOR

Vulnerabilidad de personas residentes y feminización de la plantilla

El olvido de las residencias durante la pandemia refleja el "no lugar" en el que la sociedad sitúa a las personas mayores y con discapacidad asistidas por las instituciones públicas y privadas. Este abandono no está al margen de la situación de vulnerabilidad en la que se halla la población mayor y las personas con discapacidad, motivada por el deterioro de su salud y por su situación de dependencia, así como por razones culturales y económicas. A la vulnerabilidad asociada a las personas que precisan cuidados, se le suma la feminización del sector como causa de la invisibilidad del trabajo de cuidados en las residencias. Algunas

medidas y prácticas impuestas por las instituciones sanitarias como las del triaje en los hospitales (que excluía a las personas residentes enfermas), el aislamiento sin tener en cuenta las patologías que les afectaban y el hecho de que solo quienes contaban con seguros médicos pudieran acceder a hospitales privados han reflejado comportamientos edadistas y clasistas que han confirmado la discriminación hacia personas mayores y hacia personas con discapacidad. Las características de las plantillas, con un porcentaje elevado de mujeres, de mediana edad, inmigrantes, poco cualificadas, las proyecta como trabajadoras del mercado laboral secundario, con poca capacidad de gestión de sus condiciones laborales y, por lo tanto, como un colectivo con poca visibilidad social.

Desprestigio por parte de los medios de comunicación y de la opinión pública

La vulnerabilidad de las personas residentes y la feminización de las plantillas, explican que el sector no disfrute de reconocimiento ni de prestigio social, que haya quedado en un segundo plano a la hora de "aplaudir" a quienes estaban en primera línea. Las residencias han sido una diana fácil para los medios de comunicación que han podido ofrecer espectáculo y sensacionalismo, a la vez que sus noticias provocaban estremecimiento y morbo entre las audiencias. La opinión pública se ha hecho eco, con mayor facilidad, de los aspectos más impactantes y negativos de lo sucedido en las residencias que de los esfuerzos llevados a cabo por directoras, gerentes y trabajadoras. No obstante, algunos medios han facilitado la comunicación con las residencias y han permitido sacar a la luz, por ejemplo, la existencia de protocolos discriminatorios que en otro caso hubieran sido ignorados, el clamor de directoras y gerentes por el abandono al que se les sometía, así como las iniciativas de trabajadoras y directoras para afrontar la situación. Con todo, el señalamiento acusatorio generalizado hacia los centros residenciales les ha quitado legitimidad y poder. Se han quedado sin capacidad de decidir, funcionando desde una lógica defensiva de consulta constante a la Administración y de sobreprotección hacia las personas residentes.

4.9.3. PROPUESTAS DE CAMBIO Y MEJORA

El impacto de la crisis del coronavirus en las residencias ha puesto en evidencia que hay que revisar el modelo residencial existente. También ha sacado a la luz que los centros han de disponer de más recursos materiales y humanos y que se ha de fortalecer la coordinación con el sistema sanitario sin perder su vertiente social y familiar. Asimismo, han puesto de manifiesto la necesidad de dotar de un mayor reconocimiento a la labor llevada a cabo en los centros residenciales. Todos estos aspectos confluyen en una misma dirección: dignificar el cuidado, legitimar el trabajo de quienes cotidianamente desarrollan su actividad en las residencias, fortalecer el sector como un espacio de empleo digno con perspectivas de futuro y con el compromiso de los poderes públicos. En definitiva, hacer de las residencias un lugar digno para vivir y para trabajar. A continuación, se exponen algunas propuestas concretas para avanzar en este camino.

4.9.3.1. PROPUESTAS SOBRE EL MODELO RESIDENCIAL

- Las residencias son el hogar de las personas que habitan en ellas y así han de sentirlo las y los residentes. El desarrollo del modelo de "atención centrada en la persona" (ACP) promueve la autonomía individual y, con ello, aminora la percepción de formar parte de una institución. El objetivo es logar que no sean las personas las que tengan que adaptarse al modelo residencial, sino al contrario, que sea el modelo el que se adapte a ellas. Además, las personas mayores y las personas con discapacidad no son un colectivo homogéneo, por lo que el sistema residencial ha de tener en cuenta la diversidad. Adecuar las pautas y estilos organizativos a las necesidades de las personas implica respetar el proyecto vital de

cada individuo, sus preferencias, sus ritmos cotidianos y su forma de vivir, para que no se vean truncados cuando comienzan a vivir en un centro.

- Para que las residencias sean percibidas por las personas residentes como un hogar, deben contar con infraestructuras adecuadas y ubicarse en el entorno. En este sentido, es conveniente evitar las macroresidencias y apostar por centros pequeños o medianos, divididos en pequeñas unidades convivenciales; propiciar que las habitaciones sean individuales con baño; ofrecer la opción de personalizar las habitaciones; entre otros. Respecto a la ubicación de los centros, se sugiere promover residencias que no se alejen de los núcleos poblacionales (sean urbanos o rurales) para que las personas residentes sigan en relación con el entorno y se facilite la participación comunitaria.
- De la misma manera que una persona puede recibir en su hogar a familiares y amistades, compartir la comida y momentos de ocio, así lo ha de poder hacer en la residencia, ya que se trata de su nuevo hogar. Las infraestructuras de las residencias han de permitir la convivencia familiar en condiciones de intimidad.
- A nivel de los centros, donde la meta es proporcionar un cuidado de calidad, además de la asistencia del personal especializado, se deberían establecer mecanismos de participación de las familias. De igual modo debe fomentarse el asociacionismo sindical para fortalecer la capacidad de negociación de los derechos laborales de las plantillas y contar con bases sólidas para la negociación colectiva.
- El desarrollo del modelo de cuidados residencial equilibrado requiere la participación de todos los agentes involucrados: residentes, familias, trabajadoras de todas las categorías laborales, directoras y gerentes, representación sindical y empresarial. A modo de referencia simbólica se sugiere la estrategia del "cruce de relatos" y del método dialógico, como mecanismo para negociar, generar consensos y asegurar la presencia y el peso equitativo de los discursos de todos los grupos implicados.

4.9.3.2. PROPUESTAS EN RELACIÓN CON LAS ADMINISTRACIONES PÚBLICAS COMPETENTES

- Para promover un modelo residencial robusto, es necesario fortalecer el ámbito de competencias de los departamentos de Servicios Sociales, de manera que no queden subsumidos en los sanitarios. Además, es conveniente asegurar que las autoridades que ordenan y elaboran protocolos de actuación sean personas expertas y conocedoras del contexto del cuidado residencial.
- La colaboración del sistema público con entidades privadas se ha de traducir en la potenciación de un sistema público-comunitario, lo que implica impulsar la gestión directa de los centros de titularidad pública y priorizar las concertaciones a las empresas sin ánimo de lucro. Se trata de que todos los insumos que requieren las residencias vayan destinados a un cuidado de calidad y a unas condiciones de trabajo dignas, sea cual sea la titularidad del centro. Las autoridades competentes no han de favorecer a las empresas situadas en la lógica de la *private equity,* que sitúan el sector de los cuidados como fuente de lucro y beneficios para inversores, lo que atenta contra los principios que guían el trabajo asistencial.
- Es necesario reducir la burocratización de los procedimientos y mejorar la eficacia de las relaciones entre los centros y la Administración o Administraciones competentes (autonómicas, provinciales y locales). Con tal finalidad, se propone acordar los sistemas de recogida de información, así como facilitar y agilizar los trámites.

- A su vez, conviene mejorar el control y establecer mecanismos de supervisión eficientes que impongan la transparencia en la gestión e impidan el lucro descontrolado de las empresas a través de la financiación pública. Los mecanismos de inspección han de ser un instrumento útil para identificar y solventar los problemas que se identifiquen.
- Dadas las características concretas de las personas residentes (de avanzada edad y con pluripatologías) se considera esencial establecer mecanismos de coordinación eficaces entre los servicios sanitarios y los servicios sociales. Más concretamente, se debe fortalecer la relación entre los CAP, los de atención especializada y los hospitales y las residencias para garantizar el efectivo derecho a la salud de quienes viven en ellas. Se ha de evitar que las personas mayores y con discapacidad pierdan su condición de ciudadanía y su derecho a ser atendidas por la sanidad pública a causa de vivir en una residencia.
- Las residencias no son el único, ni el último, recurso del que pueden disponer las personas dependientes. Por tanto, resulta imprescindible facilitar la continuidad del cuidado entre las residencias y otros ámbitos o instituciones sociales y sanitarias: atención domiciliaria, centros de día, centros de salud mental, centros especializados en paliativos y centros sanitarios. Se trata de establecer puentes y conexiones para facilitar posibles traslados de quienes son dependientes, en función de la atención que precisan, entre distintos centros especializados y que no supongan una ruptura violenta en la vida cotidiana de las personas mayores.
- Todas las personas que así lo deseen deben tener la posibilidad de acceder a una plaza residencial en igualdad de condiciones. Para ello, se ha de garantizar que el acceso y el disfrute de los servicios residenciales ofrezcan las mismas oportunidades y prestaciones equivalentes para todas las personas que los necesitan, con independencia del municipio, provincia o comunidad en la que residan.

4.9.3.3. PROPUESTAS PARA DIGNIFICAR EL CUIDADO EN LAS RESIDENCIAS

- Es preciso garantizar los derechos de ciudadanía de las personas mayores y con discapacidad y poner atención en los aspectos que reflejan discriminación por edad, clase o discapacidad, que se manifiestan, por ejemplo, en el acceso a los servicios residenciales (quienes tienen escaso poder adquisitivo soportan largas listas de espera), así como en el hecho de que en los momentos más álgidos de la pandemia, a la hora de ser atendidas en los centros hospitalarios, las personas mayores y dependientes fueron objeto de exclusión.
- La feminización del sector es una de las características del trabajo de cuidados en los centros y causa de su invisibilización. La perspectiva de género en la organización de los cuidados residenciales se hace necesaria para no reproducir los estereotipos existentes que vinculan la feminidad con los cuidados gratuitos en el hogar y con el trabajo altruista. La reproducción de tales estereotipos resta importancia a la profesionalización del cuidado, a los derechos laborales y a la consideración del trabajo de cuidados como una cuestión social y política, y deja el cuidado de las personas dependientes como un problema que se ha de resolver de forma individual por las familias.

4.9.3.4. PROPUESTAS RESPECTO A LAS CONDICIONES LABORALES

- Dignificar el cuidado en las residencias significa, en términos de personal, adecuar las ratios de atención de trabajadoras por número de residentes y por la complejidad de los cuidados que se han de subministrar. Es preciso que la dotación de personal se ajuste a las necesidades reales de la población de los centros, teniendo en cuenta su grado de

dependencia. El cumplimiento de las ratios establecidas por el Acuerdo del Consejo Territorial del año 2008 supondría ya una mejora considerable.

- Mejorar las condiciones laborales resulta fundamental para garantizar la calidad del cuidado, el cual depende de la estabilidad de las plantillas y del grado de satisfacción de las trabajadoras con el empleo que desempeñan. En este sentido, debe ampliarse la contratación indefinida, eliminar el trabajo a tiempo parcial involuntario, regular las jornadas excepcionales o atípicas y aumentar los salarios. En este ámbito laboral, aunque en un nivel de competencias ajeno a los centros, se ve necesario ampliar la definición de enfermedades profesionales, incluyendo las provocadas por el ejercicio del trabajo en las residencias tanto en contextos habituales como excepcionales.
- Los salarios de los/as profesionales sanitarios/as que trabajan en residencias, al igual que los de otras categorías laborales, se han de equiparar con los de otros sectores como el sanitario. De esta forma, se evitaría su salida de los centros residenciales, en busca de mejores salarios, protección y garantía de derechos laborales en el área de sanidad.
- La profesionalización de las cuidadoras directas se ha de garantizar mediante la formación profesional como requisito mínimo, tendiendo a la homogenización de las actuales categorías de gerocultor/a y de auxiliar de geriatría o de enfermería. La atención profesionalizada exige formación continua de todo el personal en patologías específicas asociadas con el proceso de envejecimiento, tal como formula el modelo de ACP. La formación adquirida debe quedar reconocida en el tipo de contrato. Como en otros sectores de ocupación, las mejoras laborales se han de vincular a la negociación colectiva y quedar plasmadas en los convenios colectivos.

4.9.3.5. PROPUESTAS SOBRE LA PREVENCIÓN Y LA SEGURIDAD

- La prevención de riesgos es un requisito obligado de cualquier lugar de trabajo. Por esta razón, se ha de dotar a los centros residenciales de los recursos materiales necesarios para garantizarla. Considerar las residencias como servicios esenciales debe implicar que cuenten con los recursos necesarios para hacer frente no solo a su devenir cotidiano, sino también a las urgencias y posibles contingencias que puedan surgir (como, por ejemplo, una pandemia o cualquier epidemia). De lo contrario, es la salud de las trabajadoras y la vida de las personas mayores la que se pone en riesgo.
- La prevención en riesgos laborales no solo atañe a la salud física del personal de las residencias, sino también a la salud mental. Se ha de dotar a los centros de recursos para poder hacer frente a la presión y a las situaciones de estrés producidos en contextos ordinarios por posible mal trato por parte de residentes con demencias o patologías como alzhéimer, así como por el generado en situaciones excepcionales como puede ser una pandemia. También se deberían favorecer estrategias para trabajar el duelo y sobrellevar situaciones de final de vida en los momentos excepcionales en los que el centro debe enfrentarse a picos de fallecimiento más elevados de lo habitual.

4.9.3.6. LAS RESIDENCIAS EN LAS EXPECTATIVAS DE FUTURO

La pandemia ha obligado a hacer una reflexión profunda sobre el actual modelo de residencias para personas mayores y para personas con discapacidad. Se trata de un modelo institucionalizador, donde la persona tiene poca capacidad de agencia y que requiere ser revisado. Hay consenso en reorganizar las residencias en grupos reducidos de convivencia, entornos hogareños y atención personalizada. Las políticas sociales han de dar respuesta a las expectativas de las nuevas generaciones de personas mayores, que demandan autonomía y

capacidad de decidir sobre sus vidas, y para ello hay que tener en consideración el modelo de cuidados en su integralidad. Seguramente surgirán iniciativas novedosas orientadas a superar el actual modelo de cuidados que reduce las opciones a solo dos: permanecer en el hogar o en una residencia. El incremento de la atención domiciliaria, el cuidado comunitario, las viviendas colaborativas, las posibilidades que ofrecen las tecnologías van en esta dirección. En cualquier caso, las residencias seguirán siendo necesarias para quienes llegan a tener una elevada dependencia. Posibilitemos pues que las residencias proporcionen un cuidado de calidad y esto es una responsabilidad de toda la sociedad. El derecho al cuidado requiere esfuerzos materiales, reconocimiento social, y compromisos sociales y políticos.

4.10. BIBLIOGRAFÍA

ABELLÁN GARCÍA, Antonio; ACEITUNO NIETO, María del Pilar y RAMIRO FARIÑAS, Diego (2019): *Estadísticas sobre residencias: distribución de centros y plazas residenciales por provincia. Datos de julio de 2019*, Informes Envejecimiento en red nº 24, Enlace.

— ; ACEITUNO NIETO, María del Pilar; FERNÁNDEZ MORALES, Isabel y RAMIRO FARIÑAS, Diego (2020): *Una estimación de la población que vive en residencias de mayores*, Informes Envejecimiento en red, Enlace.

— ; ACEITUNO NIETO, María del Pilar; RAMIRO FARIÑAS, Diego y CASTILLO BELMONTE, Ana Belén (2021): *Estadísticas sobre residencias: distribución de centros y plazas residenciales por provincia. Datos de septiembre de 2020*, Informes Envejecimiento en red nº 27, Enlace.

ADELANTADO, José y NOGUERA, José Antonio (2000): "Polítiques de serveis socials i rendes mínimes d'inserció: les assignatures pendents de la ciutadania social", en Richard GOMA y Joan SUBIRATS (coords.), *Govern i polítiques públiques a Catalunya (1980-2000). Autonomia i benestar*, Barcelona, Universitat de Barcelona, 159-194.

AMNISTÍA INTERNACIONAL (2020): *Abandonadas a su suerte. La desprotección y discriminación de personas mayores en residencias durante la pandemia Covid-19 en España*, Madrid, Amnistía Internacional.

ASOCIACIÓN DE DIRECTORAS Y GERENTES DE SERVICIOS SOCIALES (2021): *XXI Dictamen del Observatorio*, Enlace.

BABESTU y PENTSIONISTAK MARTXAN (2018): *Mirando el futuro. Una visión crítica del cuidado a los mayores en Bizkaia*, Bilbao.

BARENYS, María Pía (1992): "Las residencias de ancianos y su significado sociológico", *Papers*, 40, 121-135.

BAZO, María Teresa (1991): "Institucionalización de las personas ancianas: un reto sociológico", *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 53, 149-164.

BEIJING PLATFORM FOR ACTION (2020): *Gender inequalities in care and consequences on the labour market*, Brussels, European Institute for Gender Equality.

BODOQUE-PUERTA, Yolanda; COMAS-D'ARGEMIR, Dolors y ROCA-ESCODA, Mireia (2020): "'What I really want is a job'. Male workers in the social care sector", *Masculinities & Social Change*, 9, 2, 207-234.

BRANICKI, Layla J. (2020): "COVID-19, ethics of care and feminist crisis management", *Gender Work Organization*, 27, 872-883.

CAMPS, Victòria (2021): *Tiempo de cuidados: otra forma de estar en el mundo*, Barcelona, Arpa Editores.

CARRASCO, Cristina (2001): "La sostenibilidad de la vida humana: ¿un asunto de mujeres?", *Revista Mientras Tanto*, 82, 43-70.

— (2017): "La economía feminista. Un recorrido a través del concepto de reproducción", *Ekonomiaz: Revista vasca de economía*, 91, 52-77.

— ; BORDERÍAS, Cristina y TORNS, Teresa (2011): *El trabajo de cuidados. Historia, teoría y políticas*, Madrid, Catarata.

CASADO NEIRA, David (2003): "La teoría clásica del don y la donación de sangre", *Revista internacional de sociología*, 61, 34, 107-133.

COMAS-D'ARGEMIR, Dolors (1995): *Trabajo, género y cultura. La construcción de desigualdades entre hombres y mujeres*, Barcelona, Icaria.

— (2015): "Los cuidados de larga duración y el cuarto pilar del sistema de bienestar", *Revista de Antropología Social*, 24, 375-404.

— (2017): "El don y la reciprocidad tienen género: las bases morales de los cuidados", *Quaderns-e de l'Institut Català d'Antropologia*, 22, 2, 17-32.

— (2019): "Cuidados y derechos. El avance hacia la democratización de los cuidados", *Cuadernos de Antropología Social*, 49, 13-29.

COMAS-HERRERA Adelina; ZALAKAÍN Joseba; LEMMON, Elizabeth; HENDERSON, David; LITWIN, Charles; HSU, Amy T.; SCHMIDT, Andrea E.; ARLING, Greg; KRUSE, Florien y FERNÁNDEZ, Jose Luis (2020a): *Mortality associated with COVID-19 in care homes: international evidence* (Report LTCcovid.org), International Long-Term Care Policy Network, CPEC-LSE, Enlace.

— ; ZALAKAÍN Joseba; LITWIN, Charles; HSU, Amy T.; LANE, Natasha y FERNÁNDEZ, Jose Luis (2020b): *Mortality associated with COVID-19 outbreaks in care homes: early international evidence* (Report LTCcovid.org), International Long-Term Care Policy Network, CPEC-LSE, Enlace.

CONSEJO ECONÓMICO Y SOCIAL (2021): *El sistema de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia*. Informe 03/2020, Madrid, Consejo Económico y Social, Enlace.

CONSELL ASSESSOR DE SALUT (2020): *El sistema de salut postcrisi de la Covid-19. Primeres valoracions del Consell Assessor*, Generalitat de Catalunya, Enlace.

CONSELL DE TREBALL, ECONÒMIC I SOCIAL DE CATALUNYA (2018): *Integració de l'atenció social i sanitaria*, Col·lecció Estudis i Informes, 51, Enlace.

CONSORCI DE SERVEIS SOCIAL DE BARCELONA (2019): *Serveis Residencials i de dia per a persones amb discapacitat*, Informe 2018, Enlace.

COSTA-FONT, Joan; JIMÉNEZ MARTIN, Sergi y VIOLA, Analía (2021): "Fatal Underfunding? Explaining COVID-19 Mortality in Spanish Nursing Homes", *Journal of Ageing and Health*, 33, 7-8, 607-617.

DALY, Mary (2020): "COVID-19 and care homes in England: What happened and why?", *Social Policy & Administration*, 54, 7, 985-998.

— y LEWIS, Jane (2000): "The concept of social care and the analysis of contemporary welfare states", *The British Journal of Sociology*, 51, 2, 281-298.

DAVIES, Karen (1994): "The tensions between process time and clock time in care-work. The exemple of day nurseries", *Time and Society*, 3, 3, 277-303.

DEL PINO, Eloísa; MORENO, Javier; CRUZ, Gibrán; HERNÁNDEZ, Jorge; MORENO Luis; PEREIRA, Manuel y PERNA, Roberta (2020): *Informe gestión institucional y organizativa de las residenciad de personas mayores y COVID-19: dificultades y aprendizajes*, Madrid, Instituto de Políticas y Bienes Públicos, Enlace.

DEUSDAD, Blanca (2020): "El COVID-19 y la crisis de las residencias de mayores en España: edadismo y precariedad", *Research on Ageing and Social Policy*, 8, 2, 142-168.

— ; COMAS-D'ARGEMIR, Dolors y DZIEGIELEWSKI, Sophia (2016): "Restructuring long-term care in Spain: the impact of the economic crisis on public policies and social work practice", *Journal of Social Service Research*, 42, 2, 246-262.

DOUGLAS, Mary (1973): *Pureza y peligro. Un análisis de los conceptos de contaminación y tabú*, Madrid, Siglo XXI.

DURÁN, María Ángeles (2018): *La riqueza invisible del cuidado,* Valencia, Universitat de València.

ENGLAND, Paula; BUDIG, Michelle y FOLBRE, Nancy (2002): Wages of virtue: the relative pay of care work, *Social Problems*, 49, 4, 455–473.

FOLBRE, Nancy (2018): *Developing care. Recent research on the care economy and economic development*, International Development Research Center, Enlace.

GALČANOVÁ, Lucie y KAFKOVÁ, Marcela Petrová (2018): "Self-perception during the transition to the fourth age in the Czech Republic", *Ethnologie française,* 3, 413-426.

GARCÍA, Gustavo; RODRIGUEZ, José Manuel; ARANDA, Ana María y RUEDA, Andrés (2021): *Ideas y propuestas para un nuevo modelo residencial para personas en situación de dependencia*, Asociación Estatal de Directoras y Gerentes de Servicios Sociales, Enlace.

GARCÍA SAINZ, Cristina (2021): "Conflictos de intereses en la organización social de los cuidados", en María Ángeles DURÁN (coord.), *¿Quién cuida? Aportaciones en torno a la organización social de los cuidados*, Vitoria-Gasteiz, Emakunde, 39-61, Enlace.

GILLIGAN, Carol (2013): *La ética del cuidado,* (Cuadernos de la Fundació Víctor Grífols i Lucas, Ética del cuidado 30), Fundació Víctor Grífols i Lucas, Enlace.

GOFFMAN, Erving (1961): *Asylums: Essays on the Condition of the social situation of mental patients and other inmates*, New York, Doubleday Anchor.

GÓMEZ ORDOKI, Alejandro (2018): "Precios, ratios y costes en la prestación de servicios residenciales para personas mayores: análisis comparativo entre Gipuzkoa y el resto del Estado", *Zerbitzuan*, 65, 141-173.

GRENIER, Amanda (2006): "The distinction between being and feeling frail: exploring emotional experiences in health and social care", *Journal of Social Work Practice,* 20, 3, 299-313.

GRUPO DE TRABAJO MULTIDISCIPLINAR (2020): *Informe del GTM sobre el impacto de la COVID-19 en las personas mayores, con especial énfasis en las que viven en residencias*, Ministerio de Ciencia e Innovación, Enlace.

GRUPOS DE TRABAJO COVID-19 (2020): *Informe del grupo de trabajo Covid 19 y residencias*, (Versión final 24 de noviembre), Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030, Enlace.

INSTITUTO DE MAYORES Y SERVICIOS SOCIALES (2003): "Servicios sociales para personas mayores en España. Enero 2002", *Boletín sobre Envejecimiento. Perfiles y Tendencias, 8*, Enlace.

— (2009): "Servicios sociales para personas mayores en España. Enero 2009", *Boletín sobre Envejecimiento. Perfiles y Tendencias, 43*. Enlace.

— (2020): *Servicios sociales dirigidos a personas mayores en España* (Datos a 31/12/2019), Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2020, Enlace.

IRURETA AZKUNE, Onintza (2019): *Berdea da more berria. Bizkaiko egoitzeta grebalarien testigantzak*, Lasarte-Oria, Argia (trad. esp., *No eran trabajadoras solo mujeres. Testimonios de las huelguistas de las residencias de Bizkaia*, San Sebastián, Manu Robles Arangiz Fundazioa, 2020).

LAKOFF, George y JOHNSON, Mark (1986): *Metáforas de la vida cotidiana*, Madrid, Cátedra.

LÁZARO, Raquel; PINZÓN, Sandra; VEIGA DÍAZ, Purificación; CASTEJÓN VILLAREJO, Penélope; AZURMENDI, Maider y URIARTE MÉNDEZ, Alberto (2020): "Conversaciones en centros residenciales de personas mayores durante la covid-19: impacto en las profesionales de los cuidados", *Zerbitzuan*, 73, 25-43.

LEGARRETA, Matxalen (2017): "Notas sobre la crisis de cuidados: distribución social, moralización del tiempo y reciprocidad del tiempo donado en el ámbito doméstico-familiar", *Arbor*, 193, 784, a381.

LIGHTMAN, Naomi (2017): "¿Trabajo no productivo? Desglose del sector del cuidado desde una perspectiva comparada", *Revista Internacional del Trabajo*, 136, 2, 249-276.

MARTÍN PALOMO, María Teresa (2016): *Cuidado, vulnerabilidad e interdependencias. Nuevos retos políticos*, Madrid, Centro de Estudios Políticos y Constitucionales.

MARTÍNEZ RODRÍGUEZ, Teresa; DÍAZ-VEIGA, Pura; RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, Pilar y SANCHO CASTIELLO, Mayte (2015): *Modelo de atención centrado en la persona. Presentación de los Cuadernos prácticos*, Informes Envejecimiento en red, nº 12, Enlace.

MAUSS, Marcel (1971): "Ensayo sobre los dones. Razón y forma del cambio en las sociedades primitivas", en *Sociología y Antropología,* Madrid, Editorial Tecnos.

MÉDICOS SIN FRONTERAS (2020): *Poco, tarde y mal. El inacceptable desemparo de las personas mayores en las residencias durante la COVID-19 en España*, Enlace.

MEINHOF, Marius (21 de marzo 2020): *Othering the virus.* Discover Society, Enlace.

MINISTERIO DE SANIDAD (2020): *Documento técnico. Recomendaciones a residencias de mayores y centros sociosanitarios para el COVID-19* (versión de 5 de marzo), Enlace.

MOLINIER, Pascale (2011): "Antes de todo, el cuidado es un trabajo", en Luz Gabriela ARANGO y Pascale MOLINIER (comps.), *El trabajo y la ética del cuidado*, Medellín, La Carreta.

— (2013): *Le Travail du care*, París, La Dispute.

MONTSERRAT, Júlia (2020): "La calidad del empleo en las residencias para mayores: incidencia en la gestión de la covid-19", *Zerbitzuan*, 73, 45-60.

— (2021): "El impacto de la pandemia en las residencias para personas mayores y las nuevas necesidades de personal en la etapa pos-COVID", *Panorama Social*, 33, 145-162.

MORÉ, Paloma (2015): *La organización social de los cuidados a personas mayores en Madrid y París de la domesticidad a la profesionalización en la intersección género, clase y etnicidad,* Tesis doctoral, Universidad Complutense de Madrid, Enlace.

— (2016). "Cuidados 'en cadena': cuerpos, emociones y ética en las residencias de personas mayores", *Papeles del CEIC,* 1, 146, 1-29.

MORENO-COLOM, Sara; RECIO CÁCERES, Carolina; BORRÀS CATALÀ, Vicent y TORNS MARTÍN, Teresa (2016): "Significados e imaginarios de los cuidados de larga duración en España. Una aproximación cualitativa desde los discursos de cuidadoras", *Papeles del CEIC*, 1, 145, 1-28.

MURILLO, Soledad (2006): *El mito de la vida privada. De la entrega al tiempo propio*, Madrid, Siglo XXI.

ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO (2018): *El trabajo de cuidados y los trabajadores del cuidado. Para un futuro con trabajo decente* (Resumen ejecutivo), Enlace.

PALOMERA, David (2020): "Los problemas de las residencias", *Agenda Pública*, Enlace.

PAPERMAN, Patricia (2011): "La perspectiva del care: de la ética a lo político", en Pascale MOLINIER y Luz Gabriela ARANGO (eds.), *El trabajo y la ética del cuidado*, Medellín, La Carreta Social, 25-44.

PÉREZ-OROZCO, Amaia (2006): *Perspectivas feministas en torno a la economía. El caso de los cuidados*, Madrid, Consejo Económico y Social.

PLA INTERDEPARTAMENTAL D'ATENCIÓ I INTERACCIÓ SOCIAL I SANITÀRIA (2018): *Atenció sanitària integrada a les persones que viuen en centres residencials*, Generalitat de Catalunya.

RAMOS, Mónica (2018): "Estudio etnográfico sobre el envejecer de las mujeres mayores desde una perspectiva de género y de curso vital", *Prisma Social*, 21, 75-107.

RAMOS, Ramón (1998): "El desvanecimiento de Cronos: aspectos de la temporalidad en las sociedades actuales", en VV.AA., *El Malestar urbano en la gran ciudad*, Madrid, Talasa, 33-44.

RAZAVI, Shahra (2007): *The political and social economy of care in and development context. Conceptual issues, research questions and policy options*, United Nations Research Institute for Social Development, Enlace.

RECIO CÁCERES, Carolina; MORENO-COLOM, Sara; BORRÀS CATALÀ, Vicent y TORNS MARTÍN, Teresa (2015): "La profesionalización del sector de los cuidados", *Zerbitzuan*, 60, 179-193.

RICO, Manuel (2020): "Doce empresas se embolsan en Madrid el 64% del dinero público para residencias y acumulan ya 135 geriátricos", *Info Libre* (25 de mayo).

— (2021): *¡Vergüenza! El escándalo de las residencias.* Barcelona, Planeta.

RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, Pilar (2010): *La atención integral centrada en la persona*, Informes Portal Mayores 106, IMSERSO, Enlace.

— (2021): *Las residencias que queremos. Cuidados y vida con sentido*, Madrid, Catarata.

— ; DÍAZ-VEIGA, Pura; MARTÍNEZ RODRÍGUEZ, Teresa; GARCÍA MENEDOZA, Ana (2014): *Cuidar, cuidarse y sentirse bien. Guía para personas cuidadoras según el modelo de atención integral y centrada en la persona*, Guías de la Fundación Pilares para la autonomía personal nº 1.

RODRÍGUEZ-CABRERO, Gregorio y MARBAN, Vicente (2013): "La atención a la dependencia en una perspectiva europea de la asistencialización a la cuasi-universalización", en Eloísa DEL PINO MATUTE y María Josefa RUBIO LARA (eds.), *Los estados el bienestar en la encrucijada: políticas sociales en perspectiva comparada*, Madrid, Tecnos, 237–261.

SERVICIO DE INFORMACIÓN E INVESTIGACIÓN SOCIAL (2020): *Revisión de la incidencia del COVI-19 en las residencias para personas mayores y de las medidas adoptadas para su prevención y control*, Donostia, Aubixa Fundazioa, Enlace.

SINDIC DE GREUGES (2020): *Salut i drets en la crisi de la COVID-19*, Enlace.

SINDICATURA DE COMPTES (2020): *Auditoría operativa de la red de centros públicos y privados concertados del sistema para la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia en la Comunitat Valenciana. Programa presupuestario 313.60. Ejercicios 2016-2018*. Enlace.

SOCIETAT CATALANA DE MEDICINA FAMILIAR I COMUNITÀRIA y ASSOCIACIÓ D'INFERMERIA FAMILIAR I COMUNITÀRIA DE CATALUNYA (2020): *Model d'atenció sanitària a les residències de Catalunya. Una proposta des de l'Atenció primària de Salut*, Enlace.

THOMAS, Carol (2011): "Deconstruyendo los conceptos de cuidados", en Cristina CARRASCO; Cristina BORDERÍAS y Teresa TORNS (eds.), *El trabajo de cuidados. Historia, teoría y políticas*, Madrid, Catarata, 145-176.

TORNS, Teresa (2008): "El trabajo y el cuidado: cuestiones teórico-metodológicas desde la perspectiva de género", *Empiria*, 15, 53-73.

TRONTO, Joan (1987): "Beyond gender difference to a theory of care", *Signs: Jornal of Women in Culture and Society*, 12, 4, 644-663.

TURNER, Victor (1980): *La selva de los símbolos*, Madrid, Siglo XXI.

VEGA-SOLÍS, Cristina, 2009: *Culturas del cuidado en transición. Espacios, sujetos e imaginarios en una sociedad de migración*, Barcelona, Editorial UOC.

VILLAR, Feliciano; SERRAT, Rodrigo; BILFELDT, Annette y LARRAGY, Joe (2021): "Older people in long-term care institutions: a case of multidimensional social exclusion", en Kieran WALSH; Thomas SCHARF; Sofie VAN REGENMORTEL y Anna WANKA (eds.), *Social Exclusion in Later Life. International Perspectives on Aging*, Springer, 297-309, Enlace.

Capítulo 5
Trabajadoras de hogar y cuidados

Autoras (coordinadoras)

María Offenhenden
Sílvia Bofill-Poch

Colaboradoras/es[1]

Cristina Barrial
Yolanda Bodoque
Alessandro Gentile
Carmen Gregorio
Ana Lucía Hernández
Angelina Kussy
Diana Mata-Codesal
Raquel Martínez-Buján
Jesús Martínez Sevilla
Paloma Moré
María Pilar Tudela
Laia Ventura

[1] Las entrevistas para este apartado han sido realizadas por Cristina Barrial, Yolanda Bodoque, Sílvia Bofill-Poch, Dolors Comas-d'Argemir, Alessandro Gentile, Carmen Gregorio, Ana Lucía Hernández, Angelina Kussy, Diana Mata-Codesal, Raquel Martínez-Buján, Jesús Martínez Sevilla, Paloma Moré, María Offenhenden, Noelia Tejeiro, María Pilar Tudela y Laia Ventura.

ÍNDICE

CONTENIDO

5.1. Introducción 397
5.2. Características del sector del trabajo de hogar y cuidados 397
5.3. Impacto de la covid en las condiciones laborales de las trabajadoras 407
5.4. Salud y cuidados 427
5.5. Valoración del cuidado 438
5.6. Demandas y reivindicaciones de las trabajadoras: "Si somos actividad esencial, nuestros derechos también lo son" 446
5.7. Propuestas de futuro 452
5.8. Conclusiones 460
5.9. Bibliografía 463

TABLA

Tabla 5.1. Número de trabajadoras de hogar y cuidados participantes y situación laboral 403
Tabla 5.2. Número de instituciones y entidades sociales participantes 403

VIÑETAS

Viñeta 5.1. Yamileth, "obligada" a confinarse durante la pandemia 412
Viñeta 5.2. Toñi, despedida temporalmente de sus empleos 414
Viñeta 5.3. Patricia, confinada sin poder cuidar de su hijo adolescente 416
Viñeta 5.4. Débora, despedida y sin acceso a ningún tipo de prestación 418
Viñeta 5.5. Clarisa, despedida sin acceso al subsidio extraordinario al que tiene derecho 423
Viñeta 5.6. Remedios, conviviendo con la enfermedad y el riesgo al contagio 434
Viñeta 5.7. Esperanza, la extranjería como elemento de inferiorización 444

Capítulo 5

Trabajadoras de hogar y cuidados

5.1. INTRODUCCIÓN

El presente capítulo recoge los resultados de la investigación realizada sobre el impacto de la pandemia de la covid en el sector del empleo de hogar y los cuidados, desde la perspectiva de las trabajadoras y de los agentes de la sociedad civil vinculados al mismo. El análisis que presentamos parte de la idea que la precarización del sector del empleo del hogar ha sido estructural y persistente, y que los efectos de la pandemia sobre el mismo, así como el "olvido" del que han sido objeto las trabajadoras por parte de las Administraciones públicas y los programas y medidas que han activado para paliar sus efectos, no son más que una consecuencia directa de esta falta de reconocimiento y visibilidad del sector. Trazamos pues una línea de continuidad entre los elementos normativos de desprotección histórica que caracterizan el sector, y los efectos de la pandemia sobre el conjunto de las trabajadoras, en lo que tensiona y deja al descubierto los múltiples ejes de desigualdad sobre los que se sostiene. Se trata de ubicar la especificidad del contexto pandémico, sin abandonar esta perspectiva de análisis amplia. Así mismo, no podemos ignorar los reclamos de los colectivos de trabajadoras que en el conjunto del territorio español han levantado su voz para exigir derechos, vinculados a una trayectoria ya consolidada de lucha y reivindicación social.

El capítulo se estructura en seis apartados y una conclusión. En primer lugar (5.2) se aborda una caracterización general del sector antes de la pandemia, desde un punto de vista social, laboral y normativo. Para ello, nos apoyamos en la literatura especializada sobre el tema. Presentamos también aquí una caracterización de la muestra con la que hemos trabajado. Los apartados tercero, cuarto, quinto y sexto (5.3 al 5.6) abordan los ejes centrales a partir de los cuales hemos analizado y valorado el impacto de la pandemia sobre el sector. El apartado tercero (5.3) se focaliza en el impacto en las condiciones laborales de las trabajadoras según el régimen laboral, donde incluimos el análisis de aspectos relativos a la conciliación de la vida familiar y laboral, el impacto sobre las condiciones de existencia y reproducción de las trabajadoras (una parte muy considerable de origen migrante), los apoyos institucionales al sector y el rol de los colectivos de mujeres migradas. El apartado cuarto (5.4) analiza los aspectos relacionados con la salud, incluyendo la seguridad laboral, las medidas de protección, la percepción del riesgo y los efectos de la pandemia sobre la salud de las trabajadoras. El apartado quinto (5.5) se centra en la cuestión de la valoración del cuidado, incidiendo en los aspectos normativos y socioculturales que producen desvalorización; y el apartado sexto (5.6) incide en las demandas y reivindicaciones de las trabajadoras. A modo de mirada amplia sobre las perspectivas de futuro, el apartado séptimo (5.7) presenta algunas iniciativas que emergen eventualmente como propuestas de futuro, en el sentido que aspiran a mejorar y/o transformar las condiciones y modelo de gestión del empleo de hogar tal y como viene siendo organizado en la actualidad. El informe termina con unas conclusiones y la bibliografía.

5.2. CARACTERÍSTICAS DEL SECTOR DEL TRABAJO DE HOGAR Y CUIDADOS

5.2.1. EL TRABAJO DE HOGAR COMO RECURSO DE ATENCIÓN PARA LOS CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN

El trabajo de hogar constituye una de las posibles formas de mercantilización y externalización del trabajo reproductivo. Pagar por la realización de las tareas de limpieza, cocina, lavado de

la ropa y la atención de niños o personas enfermas en el propio hogar no es novedoso en términos históricos (FAUVE-CHAMOUX, 2004; HOERDER *et al.*, 2015; SARASÚA, 1994. Sin embargo, en las últimas décadas, el trabajo de hogar ha devenido en un recurso fundamental para los cuidados de larga duración, fortaleciendo un sector laboral que hunde sus raíces en la servidumbre, goza de escaso prestigio social, tiene precarias condiciones laborales y se encuentra fuertemente feminizado. Muchas de las trabajadoras son de origen extranjero, lo que ha dado pie a una internacionalización del sector, expresión de una nueva división internacional del trabajo reproductivo en el marco del capitalismo global (PARREÑAS, 2001; SASSEN, 2003)[1].

Naturalizado como una prolongación de las actividades que realizan las mujeres de manera gratuita en sus hogares, el empleo de hogar nunca ha adquirido el estatus de verdadero trabajo. La tradicional adscripción femenina al trabajo doméstico y de cuidados, en conjunción con la creencia de que son actividades para las cuales las mujeres poseen capacidades innatas ha influido en su escaso reconocimiento social, obstaculizando su profesionalización, pues de hecho se considera que para hacer este trabajo no se requiere formación. A ello se suma que se realiza en el ámbito privado del hogar, en contraposición al espacio público que es la esfera en la que en nuestra sociedad se define el trabajo como tal, lo que ha contribuido ulteriormente a su invisibilización (COMAS-D'ARGEMIR, 1995; MARTÍNEZ-VEIGA, 1995). Todo lo cual ha determinado una histórica discriminación en los derechos laborales y sociales de las trabajadoras en esta ocupación, que es estructural y persistente.

Los motivos que explican la creciente importancia que tiene el trabajo de hogar en la provisión de los cuidados han sido extensamente estudiados y se encuentran íntimamente relacionados con la llamada crisis de los cuidados (BENERÍA, 2008; PÉREZ-OROZCO, 2006). La crisis de los cuidados expresa el colapso de un modelo de bienestar que ha sido definido como familista, característico de los países mediterráneos, basado en el trabajo reproductivo no remunerado que realizan las mujeres en el marco de las relaciones familiares (COMAS-D'ARGEMIR, 2019; BETTIO y PLANTENGA, 2004). En un contexto marcado por el (sobre)envejecimiento de la población que incrementa exponencialmente las necesidades de atención, la mayor participación de las mujeres en el mercado laboral, sin que se haya dado una redistribución del trabajo reproductivo entre hombres y mujeres, ha trastocado las bases sobre las que tradicionalmente se ha organizado la provisión de los cuidados. A ello debemos sumar los profundos cambios en las formas y roles familiares, y la debilidad de unas políticas públicas que han priorizado las transferencias de recursos económicos (si bien limitados) por encima de la creación de servicios de atención, todos factores que de manera interrelacionada han contribuido a consolidar la lógica de pagar por cuidar. En consecuencia, se ha generado una fuerte demanda de trabajadoras en el sector doméstico que en buena parte ha sido satisfecha por mujeres de origen extranjero.

La cada vez más significativa participación de trabajadoras extranjeras en el trabajo de hogar ha llevado a algunas autoras a hablar de la consolidación de un modelo de "migrante en la familia" (BETTIO *et al.*, 2006). Con ello se ha querido subrayar cómo el creciente recurso al trabajo de hogar no subvierte el carácter familista de bienestar, manteniendo el trabajo de cuidados en el ámbito doméstico y como un asunto privado que es resuelto por las familias según su diferencial capacidad económica. Al tiempo que, mediante la contratación de otras mujeres, ahora mayoritariamente de origen extranjero, se perpetúa el carácter femenino de los

[1] A lo largo de este capítulo utilizaremos indistintamente los términos extranjeras y migrantes, para referirnos a las mujeres que en el marco de la internalización del trabajo reproductivo participan como trabajadoras del cuidado. Por un lado, su extranjería nos remite a un régimen jurídico que clasifica a las personas como extranjeras/nacionales, comunitarias/no comunitarias, regulares/irregulares, instaurando y legitimando jerarquías sociales que condicionan su inserción en el segmento secundario del mercado laboral. Por otro lado, su extranjería se relaciona con un proceso de movilidad internacional que ha derivado en la construcción social y académica de la categoría migrante.

cuidados. Una solución que encaja con la aspiración cultural de envejecer en el hogar, pero que es socialmente injusta en la medida que exacerba las desigualdades sociales, tanto en lo que respecta al acceso, como a la provisión de los cuidados (BOFILL-POCH, 2018).

Resulta extremadamente difícil hacer una aproximación cuantitativa a este fenómeno. El carácter incompleto y fragmentario de los datos estadísticos disponibles refleja el peso que tiene la domesticidad en la definición de trabajo, invisibilizando aquel que se realiza en el hogar, sea este remunerado o no remunerado. En el caso concreto del empleo de hogar, la extendida informalidad que lo caracteriza condiciona la posibilidad de conocer con exactitud cuántos son los hogares que hacen uso de este servicio y el número de trabajadoras empleadas en este sector. A lo que debemos sumar, cuando queremos acercarnos a su uso para la atención de situaciones de dependencia, la dificultad añadida que comporta la inexistencia de una definición específica sobre las tareas que comprenden el trabajo de cuidados y que los mismos no sean reconocidos como una categoría de ocupación específica diferenciada dentro del sector doméstico, tal como señalan Magdalena DÍAZ-GORFINKIEL y Raquel MARTÍNEZ-BUJÁN (2018). Siguiendo la explotación de los datos de la Encuesta de Población Activa (EPA) de 2019 que se realiza en el informe que aquí presentamos (véase Capítulo 1, gráfico 1.13), en España habría unas 595.000 empleadas de hogar, de las cuales el 30% se emplearían en la economía sumergida[2]. Los datos confirman el carácter feminizado de esta ocupación, con más del 90% de mujeres, de las cuales más de la mitad son nacidas en el extranjero, siendo aquellas más numerosas las de origen latinoamericano, seguidas por aquellas provenientes de Asia, Europa oriental y África. Un nivel de concentración de trabajadoras extranjeras que no tiene parangón en ninguna otra ocupación y que da cuenta de cómo en las últimas décadas el empleo de hogar se ha configurado como un verdadero nicho laboral para las mujeres migrantes[3]. Asimismo, es significativo señalar que aún en los años más severos de crisis económica y de destrucción masiva de empleos (2008-2013), las variaciones en el empleo de hogar fueron poco relevantes si se lo compara con lo sucedido en otras ocupaciones (DÍAZ-GORFINKIEL y MARTÍNEZ-BUJÁN, 2018). Ello nos advierte de la función estructural que está jugando hoy en día el trabajo de hogar y con ello, las trabajadoras migrantes, en el sostenimiento cotidiano de la atención de las necesidades de cuidado. Cabe mencionar, también, que en los últimos cuatro años se observa un estancamiento y ligero descenso en la contratación, tendencia que se ha visto reforzada en el último año. En 2020, y por efecto de la covid, el número de trabajadoras ocupadas en el sector es de 537.806, habiéndose producido un descenso del 9,6% (véase Capítulo 1, gráfico 1.13).

5.2.2. LA CONSTRUCCIÓN POLÍTICA DEL TRABAJO DE HOGAR: EL MARCO REGULATORIO DE DISCRIMINACIÓN Y EL DESAMPARO INSTITUCIONAL

Son numerosas las investigaciones que en las últimas décadas han abordado las conexiones existentes entre género, migraciones internacionales, trabajo del hogar y cuidados. En España, dada la importante feminización de los flujos migratorios desde mediados de los años 90 se comenzó a investigar la temática. Trabajos como los de Laura OSO (1997), Carmen GREGORIO (1996), Ángeles ESCRIVÁ (2000) y el COLECTIVO IOÉ (2001) fueron los que iniciaron las investigaciones en este sentido. En años sucesivos las investigaciones se multiplicarán, también a nivel internacional (SARTI, 2015), haciendo hincapié en las precarias condiciones de

[2] A partir de 2012, con la entrada en vigor del Real Decreto 1620/2011 y la Ley 27/2011 (posteriormente modificada por el Real Decreto Ley 29/2012) se observa un notable ascenso de las afiliaciones a la Seguridad Social (véase Capítulo 1, gráfico 1.14). Ello no ha impedido, sin embargo, que persista un elevado grado de informalidad en el sector.

[3] La explotación de los datos de la EPA realizada por Magdalena DÍAZ-GORFINKIEL y Raquel MARTÍNEZ-BUJÁN (2018) da cuenta de la tendencia de creciente internacionalización del sector: en el año 2000 las trabajadoras inmigrantes se situaban en torno al 31,8% del total de empleadas de hogar y de cuidados, cifra que actualmente se ha prácticamente doblado (véase Capítulo 1).

vida y trabajo de las empleadas del hogar migrantes, con análisis que incorporaron la perspectiva feminista interseccional, y evidenciaron cómo su condición de mujeres, migrantes y trabajadoras se articula condicionando sus procesos migratorios (PARELLA, 2003). Aspectos que han sido sistematizados a partir del concepto de globalización de los cuidados, que permite comprender su organización transnacional y el papel de las mujeres migrantes como garantes del bienestar de sus familias y de aquellas para las que se emplean (PÉREZ-OROZCO y LÓPEZ-GIL, 2011). Todo ello, sin desatender el contexto político más general en el que tiene lugar la migración de estas mujeres, mostrando cómo la intersección entre el régimen de bienestar, migratorio y laboral favorece su incorporación al trabajo de hogar en condiciones de gran desprotección (GREGORIO, 2017; WILLIAMS, 2012).

Como hemos visto, el Estado, a través de sus políticas, consolida el lugar privilegiado del ámbito doméstico para el trabajo de cuidados, incidiendo en su externalización. Pero, además, mediante las políticas migratorias, que no son neutras en términos de género (MESTRE, 2005), interviene reclutando y canalizando a las mujeres extranjeras hacia el trabajo de hogar al tiempo que instaura y legitima jerarquías sociales, distinguiendo y clasificando a las personas según su origen nacional, creando grupos de población que no pueden acceder al mercado de trabajo formal (ANDERSON, 2007; GIL y GONZÁLEZ-FERNÁNDEZ, 2014)[4]. Y finalmente, regula a la baja el empleo de hogar, erigiéndolo como la puerta de entrada al mercado laboral para las mujeres extranjeras, muy especialmente para aquellas que se encuentran en condición administrativa irregular.

De hecho, el trato discriminatorio que históricamente ha recibido el trabajo de hogar determina una parte importante de las dificultades que cotidianamente deben afrontar las trabajadoras, sean o no sean de origen extranjero. La legislación reguladora del trabajo de hogar refleja, a la vez que contribuye a (re)producir, los prejuicios, motivaciones y constricciones que han obstaculizado su pleno reconocimiento como un trabajo (GIL, 2006). El carácter domiciliario de esta actividad (el hecho que se realiza en el hogar familiar) ha sentado las bases de un raciocinio jurídico, todavía vigente, que ha permitido justificar y legitimar su exclusión de las normas que regulan al resto del trabajo asalariado (BORRELL, 2015; MARTÍNEZ-VEIGA, 1995; OTXOA, 2012). Y esto, cabe aclarar, no constituye una particularidad del Estado español, ya que si hay algo que comparte la heterogénea regulación del trabajo de hogar existente en los distintos contextos nacionales es el déficit de protección que otorga a las trabajadoras (INTERNATIONAL LABOUR OFFICE [ILO], 2013).

De allí, la importancia que ha tenido la adopción en 2011 del Convenio 189 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) sobre "Trabajo Decente para las Trabajadoras y los Trabajadores Domésticos" y la Recomendación 201 que lo acompaña. Se trata del primer tratado vinculante de ámbito internacional destinado específicamente a mejorar las condiciones laborales en el trabajo de hogar a la vez que permite complementar la protección de los derechos de las trabajadoras migrantes empleadas en este sector (OLIVEIRA DO PRADO, 2012). Un hito, que no solamente se relaciona con el pleno reconocimiento del carácter laboral del empleo de hogar, sino que también pone en evidencia la capacidad de organización y presión internacional de las trabajadoras (GOLDSMITH, 2013; POBLETE, 2015). Sin embargo, también es necesario señalar el lento avance con el que procede su ratificación, estando España dentro del grupo de países que aún no lo ha hecho.

La ratificación Convenio 189 junto a la equiparación del trabajo de hogar al resto del trabajo asalariado, constituyen las principales reivindicaciones de los colectivos de trabajadoras, que

[4] Por reclutamiento y canalización de las mujeres extranjeras hacia el trabajo de hogar, nos estamos refiriendo a la política de contingentes y los procesos de regularización implementados en la década de los 90 y primeros años del 2000, que han contribuido a consolidar el trabajo de hogar como un nicho laboral para mujeres extranjeras (GIL y GONZÁLES-FERNÁNDEZ, 2014; PARELLA, 2003).

continúan denunciando los efectos perversos de una legislación laboral, que en conjunción con la de extranjería, desprotege a las trabajadoras frente a posibles abusos de empresas y empleadores (BOFILL-POCH, 2021; FULLADOSA, 2015; MONTEROS, 2019).

Si bien las últimas modificaciones de la regulación laboral implementadas en 2011 y 2012 han constituido un avance importante, se continuó reconociendo al trabajo de hogar como una actividad laboral especial, determinando su incorporación en el Régimen General de la Seguridad Social en calidad de un Sistema Especial[5]. Esto ha supuesto que sigan sin atenderse elementos estructurales causantes de desigualdad y que posicionan a las trabajadoras en una situación de indefensión, como son la imposibilidad de cotizar por la prestación de desempleo, la no inclusión en la ley de la prevención de riesgos laborales o el no reconocimiento del derecho a la negociación colectiva. Tampoco acaba con la figura del desistimiento, que permite extinguir arbitrariamente la relación laboral por voluntad de la parte contratante. Asimismo, mantiene vigente el régimen de contratación interno que, aunque ahora esté más regulado en sus horas presenciales y días de descanso, sigue permitiendo la apropiación plena de los tiempos de la trabajadora por parte de la familia empleadora[6].

Los avances sobre el papel no solo han sido insuficientes, sino que han carecido de mecanismos eficaces para su implementación y control. Continúa siendo imposible, por ejemplo, la actuación de Inspección de Trabajo en los domicilios que en este sector constituyen centros de trabajo. Esto ha tenido como consecuencia la perpetuación de un elevado grado de informalidad o trabajo no declarado y el incumplimiento generalizado de la normativa laboral, manteniendo la posición de vulnerabilidad de las trabajadoras y dificultando la posibilidad de negociar sus condiciones laborales frente a un eventual reclamo de derechos (BOFILL-POCH Y MÁRQUEZ, 2020, 2021; MÁRQUEZ y BOFILL-POCH, 2020). A ello, además contribuye el accionar de una serie de agentes intermediarios (como las agencias de colocación y organizaciones civiles, muchas de ellas vinculadas a la Iglesia Católica) que, gracias a la falta de controles, operan conectando a la parte empleadora y trabajadora difundiendo y reforzando prácticas y representaciones muy concretas sobre el trabajo del hogar y las trabajadoras. Como por ejemplo que puede ser realizado en la informalidad, con jornadas intensivas y bajos salarios, por mujeres que, por ser extranjeras, se las presupone como más aptas para emplearse en este trabajo, sobre todo en lo que respecta al régimen interno, donde los cuidados se realizan de manera más intensiva y en condiciones de mayor desprotección (ANDERSON, 2000).

5.2.3. DINÁMICAS DE INFERIORIZACIÓN Y RACIALIZACIÓN DE LAS EMPLEADAS DE HOGAR Y CUIDADOS

La creciente mercantilización e internacionalización de los cuidados ha convertido a los hogares en un microcosmos de desigualdades sociales (LAN, 2003) en los que se (re)produce íntima y cotidianamente el sistema global estratificado (COLEN, 1995).

[5] *Ley 27/2011 sobre actualización, adecuación y modernización del sistema de Seguridad Social* (BOE nº 184); *Real Decreto 1620/2011 por el que se regula la relación laboral de carácter especial del servicio del hogar familiar* (BOE nº 277); *Real Decreto Ley 29/2012, de 28 de diciembre, de mejora de gestión y protección social en el Sistema Especial para Empleados de Hogar* (BOE nº 314). Estas reformas se producen en un contexto de presión por parte de colectivos sociales y feministas a favor de una mayor regulación y dignificación del sector, y poco después de que se aprobase el Convenio 189 de la OIT.

[6] El *Real Decreto 1620/2011, por el que se regula la relación laboral de carácter especial del servicio del hogar familiar*, estipula la jornada máxima de una trabajadora interna en 40 horas semanales, más 20 horas máximo de tiempos de presencia (tiempos a disposición del empleador) o durante más tiempo si se compensa con descanso, además de vacaciones y días festivos. Delimita también los tiempos de descanso diarios (12 horas entre el fin de una jornada y el inicio de otra más dos horas para las comidas) y semanales (36 horas consecutivas). No obstante, la ausencia generalizada de contrato y la falta de capacidad negociadora de las propias trabajadoras, por ser estas las que se hallan en una situación de mayor vulnerabilidad económica y administrativa, convierte el régimen de interna en un auténtico contrato de servidumbre.

Uno de los aspectos más ampliamente estudiados en la literatura especializada sobre trabajo de hogar es la relación que se establece entre las empleadoras y las trabajadoras, evidenciando que la misma encarna mucho más que un simple intercambio económico. Al definirla como una relación entre mujeres (ROLLINS, 1985), se ha querido subrayar las desiguales relaciones de poder configuradas entre mujeres en base a diferencias de clase, origen, raza y ciudadanía (entre otras, ANDERSON, 2000; CONSTABLE, 2004; GOLDSTEIN, 2003; LAN, 2003). La definición de esta relación laboral como un asunto de mujeres ha sido criticada porque invisibiliza el hecho que los varones son los beneficiarios últimos de la desigual e injusta distribución del trabajo reproductivo. Además, debemos apuntar, no siempre son mujeres quienes actúan en calidad de empleadoras. También los varones pueden asumir este rol, muy especialmente cuando se trata de la contratación de una empleada para la atención de personas ancianas (GALLO y SCRINZI, 2016).

Es más, en el contexto actual donde el trabajo del hogar es utilizado como un recurso para el cuidado de personas dependientes, la relación se complejiza y suele adoptar la forma de una tríada (NÄRE, 2013; OFFENHENDEN y BODOQUE, 2018; VEGA-SOLÍS, 2015) que incluye la persona trabajadora, la persona cuidada y la persona que gestiona la provisión de cuidados a la persona anciana. Esta última figura, que suele ser un pariente de la persona anciana, generalmente sus hijos/as, actúa como un *manager* del cuidado (AMBROSINI, 2015), en la medida que asume la responsabilidad de reclutar, administrar y supervisar el trabajo de atención a una persona anciana con la cual muchas veces no convive. De manera que, si bien la responsabilidad (y obligación) de cuidar sigue vinculada a las relaciones de parentesco, sus actividades técnicas (el llamado cuidado directo o material, que incluye lavar, vestir, alimentar, etc.) son plausibles de ser delegadas (véase Capítulo 2).

La conformación de esta tríada, como agudamente señala Dolors COMAS-D'ARGEMIR (2017), expresa una transformación cultural, que permite fragmentar y delegar el trabajo de cuidados. Y, en un contexto de debilidad de las políticas públicas, el trabajo de hogar se erige como una opción preferente para cuidar, inclusive en hogares con recursos limitados. No obstante, ello no supone necesariamente su mayor reconocimiento. Cuando se contrata a una empleada para el trabajo de cuidados se espera que el servicio se personalice al máximo, adaptándose a las necesidades y particularidades (carácter, gustos, costumbres) de la persona cuidada y de su hogar, algo que es difícilmente alcanzable en el ámbito institucional (MORÉ, 2015). De allí, que las características personales de las trabajadoras (ser pacientes, simpáticas, agradables), muchas veces culturalmente conjugadas, adquieran una especial relevancia, reforzando la concepción del cuidado como una habilidad "natural" que, por tanto, no requiere formación. Es de esta manera que se produce la inferiorización de la trabajadora. Por un lado, porque tiene escaso control sobre el trabajo que realiza, en la medida que las pautas a seguir son establecidas por la parte empleadora en función de lo que considera mejor para la persona cuidada. Por otro lado, porque su trabajo no es reconocido como tal ya que se considera que no requiere competencias específicas y frecuentemente se considera simplemente una "ayuda". Algo ulteriormente agravado por la indefinición de las actividades que comprende el cuidado cuando se realizan mediante el recurso al trabajo de hogar, que da lugar a una enorme flexibilidad, abriendo las puertas a las situaciones de explotación laboral.

Nos encontramos por lo tanto ante un sector laboral profundamente generizado, precarizado y racializado, que ha devenido en una solución a la que recurren las familias para atender sus crecientes necesidades de atención de cuidados de larga duración. La importancia social que tiene actualmente el trabajo de hogar y cuidados se ha hecho manifiesta con la pandemia de la covid, a la vez que ha dejado al descubierto y tensionado los múltiples ejes de desigualdad sobre los que se estructura, con importantes repercusiones en las condiciones de vida y trabajo de las trabajadoras. Esto es lo que desarrollaremos a lo largo de las próximas páginas, pero

antes haremos una breve referencia a las características de la muestra sobre la que nos apoyamos para elaborar este capítulo.

5.2.4. CARACTERIZACIÓN DE LA MUESTRA

Para esta investigación hemos hecho un total de 80 entrevistas, distribuidas territorialmente en Andalucía, Aragón, Castilla-La Mancha, Cataluña, Galicia, Madrid, País Vasco y Valencia. A estas entrevistas se suma la realización de 3 grupos focales.

Las entrevistas pueden dividirse en dos grandes grupos. Por un lado, las que realizamos a las trabajadoras de hogar y cuidado (un total de 52 entrevistas), siendo el criterio de selección adoptado que su empleo estuviese vinculado a situaciones de personas mayores y adultos dependientes. Por otro lado, las que hemos hecho a agentes institucionales y de la sociedad civil que se encuentran vinculados con el sector (un total de 28 entrevistas y 30 personas participantes).

En los grupos focales participaron, entre otros agentes, 11 personas vinculadas directamente al sector del hogar y los cuidados, distribuidas entre trabajadoras (1), miembros de sindicatos (2), asociaciones (1), entidades de intermediación sociolaboral (1) y cooperativas (6), de los cuales 4 habían sido previamente entrevistados.

Ello da un total de 88 personas participantes: 53 trabajadoras (Tabla 5.1) y 35 personas vinculados a instituciones y entidades sociales (Tabla 5.2.).

Las entrevistas a trabajadoras han sido anonimizadas, de manera que usamos pseudónimos para referirnos a ellas. No hemos anonimizado a quienes tienen cargos sindicales y asociativos, cuando así lo han autorizado. Algunas fueron presenciales, pero la mayoría se realizaron de forma virtual, atendiendo las preferencias de las personas entrevistadas.

Tabla 5.1. Número de trabajadoras de hogar y cuidados participantes y situación laboral

	Total	Internas	Externas	Situación regular	Situación irregular	Grupo de edad		
						20-39	40-54	+54
Extranjeras	44	19	25	28	16	15	22	7
Autóctonas	9	-	9	-	-	1	3	5
Total	53	19	34					

Origen extranjero incluye las nacionalizadas.

Tabla 5.2. Número de instituciones y entidades sociales participantes

	Total	Ámbito territorial					
		Aragón	Cataluña	Galicia	Madrid	País Vasco	Estatal
Asociaciones	10	1	4	1	2	1	1
Sindicatos	4	1	2	-	1	-	-
Cooperativas	9	-	6	-	-	3	-
Agentes intermediarios	3	-	1	1	-	1	-
Fundaciones	2	1	-	-	-	1	-
Personal sanitario	1		1				
Total	29	3	14	2	3	6	1

Número total de personas participantes: 35.

El perfil de los y las participantes se recoge de manera detallada en el Anexo 1 de este informe, en la *Tabla A.1.6. Capítulo 5. Trabajadoras de hogar y cuidados. Participantes de entrevistas.* Para los datos de las personas participantes de los grupos focales se puede consultar la sección Grupos Focales del mismo anexo. Creemos que vale la pena revisar algunas particularidades de nuestra muestra a fin de contextualizar los datos que presentaremos en las próximas páginas.

Comenzando por las trabajadoras, y bajo la premisa de que no se trata de una muestra representativa del sector, es también cierto que la misma expresa muchas de las cuestiones que hemos apuntado en los apartados precedentes. De entrada, se constata el carácter fuertemente feminizado e internacionalizado del trabajo de hogar, ya que todas las trabajadoras que participaron en el estudio son mujeres, siendo abrumadora la participación de aquellas de origen extranjero. De un total de 53 trabajadoras participantes, solamente 9 nacieron en España. Esto nos habla de un sector laboral que ha dejado de ser un refugio para las trabajadoras autóctonas (MARTÍNEZ-BUJÁN, 2014; DÍAZ-GORFINKIEL y MARTÍNEZ-BUJÁN, 2018), aspecto confirmado por sus edades, que se sitúan, salvo en un caso, por encima de los 47 años, indicativo de que las generaciones más jóvenes no están reemplazando aquellas que se jubilan o están cercanas a hacerlo. Entre las trabajadoras extranjeras, en cambio, la franja de edades es mucho más amplia y va desde los 23 a los 64 años. Por otro lado, en lo que respecta a sus niveles de formación, aquellas nacidas en España se concentran en los niveles más bajos. En el caso de las extranjeras, en cambio, los perfiles de formación son más variados, con algunas con estudios universitarios completos, indicativo del proceso de descualificación profesional propio de la migración.

Centrándonos en las mujeres extranjeras y en relación con su origen, predominan ampliamente aquellas de origen latinoamericano (38), si bien también hay algunas de Europa del este (3) y África (3). Este sesgo puede ser considerado como una limitación que ha tenido nuestro estudio. No obstante, creemos que también confirma la importante presencia de las trabajadoras latinoamericanas en el trabajo de hogar y cuidados, y especialmente, en relación con los cuidados de larga duración. Las mujeres de origen latinoamericano proceden de un gran número de países de la región, siendo más numerosas aquellas hondureñas (11), que constituyen actualmente uno de los colectivos más ampliamente representados en el sector. Completan las entrevistas, las realizadas a mujeres nacidas en Nicaragua (5), Perú (5), Venezuela (4), Colombia (4), Bolivia (2), Ecuador (1), El Salvador (2), República Dominicana (1), Cuba (1), Brasil (1) y Paraguay (1).

Siguiendo con las mujeres extranjeras, debemos decir que algunas llevan muchos años de residencia en España. La muestra, de hecho, incluye alguna pionera llegada a inicios de la década de los 90, pasando por un número significativo de mujeres (12) llegadas en la primera década de este siglo, en coincidencia con el momento de intensificación de los flujos migratorios femeninos. Su permanencia en este sector nos habla de la escasa movilidad laboral que permite, si bien es cierto que las características de este estudio no nos permiten ahondar en este sentido. De todas maneras, y a pesar de las constricciones estructurales discriminantes que dan forma al vínculo entre empleo y migración femenina, es importante destacar que las mujeres son capaces de diseñar estrategias en función de sus diversos proyectos de vida y los recursos de los que disponen (OSO y PARELLA, 2012). En este sentido, dentro de un abanico de posibles ocupaciones a las que pueden acceder (fundamentalmente agrupadas en el sector de

los servicios), la valoración de los pros y contras con respecto al trabajo de hogar y cuidados puede orientarlas a permanecer en esta última ocupación (OFFENHENDEN, 2017)[7].

Por otro lado, cabe destacar un nutrido grupo de mujeres (21), todas latinoamericanas (salvo una procedente de África) cuya llegada a España se sitúa en los tres últimos años (2018-2020), y en algunos casos en los meses inmediatamente anteriores al estallido de la pandemia. Ello es indicativo de unos constantes flujos migratorios femeninos que encuentran en el trabajo de hogar y cuidados la puerta de entrada al mercado laboral. Vale la pena señalar que son realmente excepcionales los casos de mujeres con experiencia laboral en el trabajo de hogar en su lugar de origen. Y aunque sus perfiles laborales antes de la migración son variados (más o menos calificados), lo cierto es que su condición de extranjería determina en buena manera la descualificación profesional a la que recién hacíamos mención.

Los años de residencia en el país, como es fácil de esperar, se vinculan directamente con la situación administrativa de las mujeres extranjeras no-comunitarias. Aquellas llegadas en épocas más recientes mayoritariamente se encuentran en situación irregular. Si bien la posibilidad de acceder a determinadas categorías jurídicas, por matrimonio o recuperación de la nacionalidad, pueden facilitar el proceso de regularización, estos casos son realmente testimoniales entre quienes hemos entrevistado. Debemos mencionar, en cambio, un número significativo de mujeres llegadas después de 2019 que son solicitantes de asilo (6). Pero en todo caso, hay algunas mujeres en situación irregular que llevan viviendo en España desde por lo menos el año 2016, e inclusive desde 2011 en algún caso, lo cual nos advierte sobre las dificultades que entraña regularizar la situación de residencia estando empleadas en un sector laboral fuertemente precarizado.

De hecho, la informalidad en la contratación es abrumadora entre las trabajadoras entrevistadas y, es importante destacar, que esto no aparece estrictamente vinculado a la situación de extranjería, es decir que no siempre tener "papeles" garantiza una relación laboral formalizada. Lo cual, por supuesto, no significa sostener que la irregularidad administrativa no constituya un obstáculo para formalizar la relación laboral y que, además, no sea un elemento que condiciona fuertemente que la inserción laboral de las mujeres migrantes se produzca en el trabajo de hogar y cuidados. Es justamente la extendida (y persistente) informalidad que caracteriza a esta ocupación lo que favorece que esto sea así.

Indicativo de lo que estamos comentando es el hecho que las trabajadoras autóctonas y aquellas comunitarias que hemos entrevistado trabajen irregularmente contratadas o en su defecto, cuando se emplean en varios hogares, con solo algunas de sus relaciones laborales formalizadas. Y si bien algunas de ellas aluden a que esto obedece a una elección personal, derivada de los escasos beneficios sociales que reciben por ser empleadas de hogar, los datos que hemos recogido, a nivel general, apuntan a la existencia de muchas reticencias por parte de los/as empleadores a formalizar la relación laboral.

Por otro lado, es importante destacar que todas las trabajadoras autóctonas se encuentran empleadas en régimen externo, expresión de una etnoestratificación dentro de esta ocupación. De manera que, entre nuestras entrevistadas, el régimen de interna aparece reservado exclusivamente a las mujeres extranjeras (19 en total, todas latinoamericanas y una africana), siendo significativo que 10 de ellas llegaron a España entre 2018 y 2020, ya que da cuenta de la persistencia de unos flujos migratorios femeninos cuya inserción laboral se produce en el

[7] En este sentido, por ejemplo, podemos mencionar las facilidades que ofrece el trabajo por horas para la conciliación familiar, frente las jornadas en la restauración, que en ocasiones pueden extenderse hasta altas horas de la noche. Inclusive, algunas mujeres, aunque son críticas con las condiciones laborales, prefieren el empleo de hogar frente a los ritmos frenéticos que impone el trabajo en una residencia de ancianos. En este último caso, se trata de migrantes que ya cuentan con sus permisos de residencia y han podido acceder a itinerarios de formación o acreditación de sus competencias profesionales.

trabajo de hogar y en lo específico, en el régimen interno. Por el contrario, solamente 4 vivían en el país desde antes de 2010.

Dentro del trabajo de hogar y cuidados, el régimen externo es generalmente reconocido como indicador de movilidad ocupacional ascendente. De todas maneras, debemos ser cautos ante esta interpretación, ya que muchas veces representa un refugio en situaciones de gran precariedad (OFFENHENDEN, 2017), una forma de hacerse de unos ingresos mínimos cuando no hay a la vista otras opciones laborales, tal como veremos ha sucedido en el contexto de la crisis generada por la covid.

Entre quienes entrevistamos, el régimen externo aparece como una modalidad extendida de contratación (34 trabajadoras, dentro de las que se incluyen las nacidas en España), indicativo de la importancia que tiene en la atención a situaciones de dependencia. Sin embargo, debemos tener en cuenta que dentro del régimen externo conviven una multitud de posibles arreglos que pueden ir desde combinar el empleo por pocas horas en múltiples hogares, pasando por la contratación a jornada parcial o completa en un solo hogar. Dentro de esta última modalidad, la contratación en horario nocturno no es algo excepcional. Como también aparece el uso de la contratación de trabajadoras para realizar tareas de acompañamiento y asistencia a personas que se encuentran hospitalizadas. Por otro lado, no es raro que las trabajadoras combinen muchas de estas formas de empleo, inclusive compatibilizando el trabajo en régimen interno con el externo, en sus horas de descanso o durante los fines de semana. Y si bien es menos frecuente entre las trabajadoras que entrevistamos, también puede suceder que estén simultáneamente empleadas en otros sectores (como empresas de limpieza) y en el trabajo de cuidados y hogar. Todas estrategias fundamentalmente orientadas a aumentar los bajos salarios que perciben, a costa muchas veces de realizar jornadas laborales interminables sin días de descanso intercalados.

En términos generales, resulta realmente arduo, por no decir casi imposible, establecer patrones claramente diferenciados en relación con las modalidades de contratación de las trabajadoras que entrevistamos. Si hay algo común en sus itinerarios laborales es su constante variación, expresión de la fuerte flexibilidad e inestabilidad que caracteriza a este sector laboral. Un aspecto estrechamente relacionado con la pretensión de que las trabajadoras se adapten a las cambiantes necesidades de la parte contratante. En este sentido, cabe mencionar que las trabajadoras que participaron en la investigación mayoritariamente se emplean en hogares de personas ancianas. Las situaciones de las personas que cuidan son muy variables: desde aquellas que podemos definir como autónomas y que solamente necesitan ayuda para realizar las tareas domésticas más pesadas, a otras con un grado de dependencia elevado (que inclusive puede estar certificado), dentro de los que se incluyen personas afectadas con patologías severas, como puede ser el alzhéimer u otras formas de demencia senil. Sin embargo, y como es fácil de imaginar, dado que se trata de personas ancianas las situaciones de cuidado se ven alteradas en el tiempo y esto tiene importantes repercusiones en el trabajo de las mujeres. Hay casos en que su horario y/o carga laboral se incrementa. O, al contrario, puede determinar abruptamente el fin de la relación laboral, ya sea porque, por ejemplo, la persona cuidada es institucionalizada o fallece.

Pasando a considerar las entrevistas realizadas a agentes institucionales y de la sociedad civil (28 en total), destacamos aquellas que hemos mantenido con las asociaciones y sindicatos de trabajadoras de hogar y cuidados que nos permitieron conocer de primera mano el rol que han jugado durante la pandemia y también, el impacto que la pandemia ha tenido en estas entidades. Los agentes sociales entrevistados incluyen sindicatos oficiales (Comisiones Obreras [CCOO] y Unión Sindical Obrera [USO]) y sindicatos independientes de trabajadoras de hogar y cuidados (Sindillar/Sindihogar y Sindicato de Trabajadoras del Hogar [SINTRAHOCU]). Las asociaciones con las que hemos trabajado se ubican en el conjunto del

territorio español: Servicio Doméstico Activo (SEDOAC) y Territorio Doméstico en Madrid; Asociación de Trabajadoras del Hogar y los Cuidados de Zaragoza; Asociación Xiara en Galicia; Mujeres Pa'lante, Mujeres Migrantes Diversas, Mujeres Unidas Entre Tierras y el Proyecto Sorela/Asociación Europa Sense Murs (perteneciente a la Xarxa de treball de la llar just) en Cataluña; Emakume Migratu Feministak-Sociosanitarias en el País Vasco; y la Red de Mujeres Latinoamericanas y del Caribe de ámbito estatal. A nivel de fundaciones, hemos entrevistado a la Fundación Social Ignacio Ellacuría (del Servicio Jesuita a Migrantes) en País Vasco y la Fundación Familias Unidas en Aragón. Asimismo, debemos mencionar las entrevistas realizadas con distintos agentes intermediarios, que van desde aquellos vinculados a la Iglesia católica (Centro Hogar Cáritas en Galicia) a otros pertenecientes a la sociedad civil (Asociación de Ayuda Familiar Eben-Ezer en País Vasco y Coordinadora sociolaboral Anem per feina en Cataluña), que actúan como un puente que conecta a la parte empleadora y trabajadora[8]. Nos interesa destacar que, dentro de este heterogéneo grupo de agentes, hemos detectado algunos casos que podríamos calificar como de buenas prácticas, cuya labor de intermediación está orientada a dignificar el sector, asegurando que se respeten los derechos laborales de las trabajadoras.

Además, hemos entrevistado a responsables de cooperativas de trabajo de atención integral a los cuidados promovidas por las propias trabajadoras (cooperativas Babel, Maitelan y SINA en País Vasco; y cooperativa Mujeres Pa'lante en Cataluña) y organizado, conjuntamente con Coopolis-Ateneu cooperatiu de Barcelona, un grupo focal con participación de seis cooperativas, algunas en un proceso incipiente de formación y otras con una trayectoria ya más consolidada: Clara Ser Gran, Casa Limpia, Més que Cures, SOM AMB TU, Ca l'Abril y Mujeres Pa'lante (esta última entrevistada previamente)[9].

Con el objeto de poner a dialogar el conjunto de agentes vinculados al sector del cuidado, organizamos otros dos grupos focales en Cataluña con trabajadoras remuneradas de distintos ámbitos del cuidado, en los que, entre otros agentes, participaron una empleada de hogar, una asociación de trabajadoras de hogar (Mujeres Unidas Entre Tierras), una cooperativa (Clara Ser Gran) y una representante sindical (CCOO), estas tres últimas previamente entrevistadas[10]. Por último, entrevistamos a una profesional sanitaria de la atención primaria.

5.3. IMPACTO DE LA COVID EN LAS CONDICIONES LABORALES DE LAS TRABAJADORAS

A nivel general, a partir de las entrevistas realizadas, se puede apreciar que con la pandemia se han agudizado unos itinerarios y condiciones laborales que de por sí ya eran muy precarias. En marzo de 2020, cuando irrumpió la crisis sanitaria y se declaró el confinamiento, las trabajadoras que entrevistamos se encontraron ante la situación de intentar conservar sus empleos, siendo la parte empleadora la que en última instancia decidió en relación a su continuidad o no, y los términos de la misma. El miedo a perder el trabajo de hecho aparece de manera recurrente en las narraciones de las trabajadoras. Un miedo que se encuentra íntimamente relacionado con la falta de derechos laborales y protecciones sociales asociadas al trabajo de hogar y que se exacerba ante la sensación generalizada de que en el contexto de la crisis sanitaria será mucho más difícil volver a conseguir un empleo. Es por lo tanto desde

[8] Es importante señalar que no se han realizado entrevistas con agencias de colocación.

[9] En este grupo focal (F001) participaron también Sindillar/Sindihogar, la Coordinadora socio-laboral Anem per feina y La Colla Cuidadora. El grupo fue co-organizado con Elba Mansilla, Responsable de Formación de Coòpolis e investigadora de La Ciutat invisible, SCCL.

[10] Estos grupos focales (F005 y F007) se realizaron en el contexto del ciclo de actividades denominado *Envejecimiento y necesidades de cuidado. Una cuestión social y política*. Proyectos de Reflexión del Palau Macaya. Fundació La Caixa. Fueron organizados por los equipos de la Universitat Rovira i Virgili y la Universitat de Barcelona. El ciclo de actividades tuvo lugar entre enero y marzo del año 2021.

esta posición de vulnerabilidad que las trabajadoras aceptaron o intentaron negociar los términos de sus condiciones laborales. Lo cual, nos remite a una idea que no es novedosa, pero que con la pandemia se hace aún más evidente si cabe, esto es, que, debido a la escasa regulación del sector del trabajo de hogar y cuidados, los términos de las condiciones laborales quedan subordinados a los arreglos privados a los que puedan llegar la parte trabajadora y empleadora. Unos arreglos que se dan en el seno de una relación asimétrica de poder y en la que la trabajadora está ubicada en la posición de mayor debilidad, máxime si es extranjera y no cuenta con la regularidad jurídico-administrativa.

Una primera consecuencia de la pandemia ha sido el despido de un elevado número de trabajadoras, acompañada de una caída de la contratación[11]. Sindicatos y colectivos de trabajadoras hablan de una "oleada de despidos" o suspensión temporal de los empleos, y se refieren a ello como la "segunda gran pandemia" que tuvieron que afrontar como sector:

> Entonces esa fue la segunda gran pandemia que nosotras empezamos a tener. Todas estas mujeres que nos empezaron a llamar diciéndonos: 'Chicas, no puedo ir a trabajar. Mis jefes me han dicho que no vuelva a la casa y es todo lo que yo tengo para poder pagar el alquiler y poder comprar la alimentación o mandar dinero a mi país de origen'. Una avalancha de mujeres que se quedaron con los brazos cruzados sin tener dinero para pagar sus habitaciones; mujeres que viven de subalquilar habitaciones que se estaban quedando sin poder tener acceso. Fue como una avalancha de necesidades que sentíamos que no teníamos como empezar a hacernos cargo de esto. (Claudia, cooperativa Mujeres Pa'lante, C305)

Las razones que explican la suspensión temporal o definitiva de los empleos son diversas. Al margen de los fallecimientos provocados por coronavirus, los cambios que la pandemia produce en las situaciones laborales y económicas de las familias empleadoras (teletrabajo, expedientes de regulación temporal, pérdida de empleo) las lleva a prescindir temporalmente de la trabajadora, en la medida que dichos cambios posibilitan, o en ocasiones no dejan más opción que, hacerse cargo directo del cuidado del familiar dependiente. La pandemia comporta, por otro lado, cambios en la composición de los hogares: personas mayores dependientes que van a vivir al domicilio de los hijos/as; hijos/as que se desplazan al domicilio de sus padres. Situaciones que, en algunos casos, han conllevado desplazamientos de localidad y nuevos arreglos de cuidado que pueden llevar a las familias a prescindir de la trabajadora (véase Capítulo 2). También el miedo al contagio y la percepción del riesgo dentro de los hogares emerge en ocasiones como argumento para suspender temporalmente el contrato o proceder a su liquidación:

> En los primeros días de marzo que todo el mundo pensó que esto iba a ser solo quince días y que íbamos a volver todos a nuestras vidas… a las mujeres, las familias les dijeron, que 'mira, en el tiempo que nosotras vamos a estar en casa, lo vamos a cuidar nosotros, tómate estos quince días y cuando tengamos que retomar, retomamos'. Pero cuando esto se fue alargando, las familias también vieron que ya no necesitaban a la cuidadora porque estaban en ERTO. Entonces, les decían a las mujeres: 'mejor que no vuelvas más, porque estamos trabajando desde casa y lo cuidamos nosotros'. O les decían que estaban teletrabajando y que se iban coordinando con la hermana. Y ahí quedaban muchas mujeres a las que les habían dicho que no volviesen más. (…) También el miedo influyó. Los clientes nos dicen que no es buen tiempo para meter a alguien en casa, porque en el fondo estas trabajadoras van a estar entrando y

[11] Los datos presentados en el Capítulo 1 del presente informe constatan la caída en 2020 del número de afiliaciones a la Seguridad Social para el Régimen/Sistema Especial de Empleados de Hogar, pasando de 395.683 en 2019 a 381.482 en 2020 (véase Gráfico 1.13). Como ya hemos mencionado, constatan también el descenso del 9,6% en 2020 del número total de trabajadoras ocupadas en el sector (véase Gráfico 1.12). Otros trabajos muestran esta misma caída. Según Sònia PARELLA (2021: 106), el número de personas afiliadas al Sistema Especial de Empleados de Hogar se vio reducido durante la pandemia, pasando de 391.456 altas en enero de 2020 a 372.654 en junio de 2020. Ramón MAHÍA (2021: 77) constata cómo, aún después de meses de pandemia (según datos de afiliaciones en alta relativos al mes de septiembre comparados con el mes de febrero), las afiliaciones al Sistema Especial de Empleados de Hogar muestran una caída del 5%, muy superior al 2,3% general.

> saliendo. Las familias quieren mantener un ambiente burbuja para sus padres, un ambiente seguro. (Claudia, cooperativa Mujeres Pa'lante, C305)

5.3.1. TRABAJADORAS INTERNAS: CONFINAMIENTO FORZOSO

Si bien es cierto que la crisis sociosanitaria comportó la suspensión temporal de muchos empleos, el impacto varió según el régimen de contratación. Según el testimonio de asociaciones y entidades que realizan intermediación laboral, las nuevas condiciones generadas por la pandemia (precarización económica, restricción de la movilidad, acceso restringido a servicios) han hecho aumentar la demanda de trabajadoras en régimen interno (Ángeles Ferreño, Centro Hogar Cáritas, C202; Lisa, cooperativa Maitelan, C306), es decir, de trabajadoras que conviven con la familia en el mismo domicilio en el que trabajan. La pandemia ha reavivado la figura de la interna, en ocasiones como alternativa a la institucionalización, con el agravante que las circunstancias actuales favorecen las condiciones de encierro en que normalmente ya se encuentran estas trabajadoras: "Con la pandemia la gente pide más trabajadoras internas, y prácticamente las obligan a hacer confinamiento, que no salgan" (Lisa, C306).

Una de las características que suele destacarse del trabajo de régimen interno es la pretensión de total disponibilidad de los tiempos de la trabajadora. Este es un elemento que con la declaración del estado de alarma en marzo de 2020 se hizo manifiesto de manera dramática, siendo lamentablemente bastante común que se obligue a la trabajadora a confinarse en el lugar de trabajo, en ocasiones bajo la amenaza de perder el empleo. La justificación para ello proviene fundamentalmente de que las trabajadoras representan un posible vector de transmisión del virus, siendo ellas las principales responsables del cuidado de personas ancianas, que es uno de los colectivos que ha sido categorizado como de mayor riesgo frente a la covid.

A Remedios, por ejemplo, la "invitaron" a confinarse en el lugar de trabajo, por lo que devino cuidadora interna durante los meses que duró el confinamiento. Ante la disyuntiva de confinarse o perder el empleo, decidió aceptar la exigencia de sus empleadores porque de sus ingresos depende la subsistencia de su familia en Honduras:

> Y bueno, cuando esto comenzó, me dicen: 'Remedios, ya no puede salir, tiene que quedarse de interna o pierde su trabajo' (…). Yo estaba de externa, entraba sobre las cinco de la tarde y salía hasta el día siguiente por la mañana. Y luego me plantean eso, yo amenazaba la situación que se estaba dando aquí. Luego pensaba en mi familia que espera mis ingresos cada mes. Es como un sacrificio que tenía que tomarlo. (Remedios, 35 años, Honduras, residencia irregular, trabajadora externa sin contratación formal, C014)

Es frecuente además que el aumento de la jornada laboral como consecuencia del confinamiento se produzca sin cambios en la remuneración percibida, lo cual da cuenta de la imposibilidad de estas trabajadoras (la mayoría en situación administrativa irregular) para negarse al confinamiento no remunerado:

> *[¿Tuviste opción de decir que no a confinarte con la señora que cuida?]* Pues no, la vedad es que no, porque como estamos con el miedo de que si uno dice no le puedan quitar el trabajo, y ¿qué voy a hacer?... y luego sin trabajar, no, no. Yo no sentía que tenía opción de decir no. (Edelmira, 45 años, El Salvador, residencia irregular, trabajadora interna sin contratación formal, C107)

El caso de Mercedes muestra un elemento distintivo ya que es la trabajadora la que "decide" confinarse junto a la mujer mayor que cuidaba ante la dejación de responsabilidad por parte de los familiares de la persona cuidada. En esta supuesta decisión de la trabajadora se amparan

los empleadores para no reconocer económicamente la mayor carga de trabajo asumida durante el confinamiento:

> Entonces al final tomé yo la iniciativa de quedarme con ella porque eso fue de un día para otro lo del confinamiento y sus hijos no daban respuesta de qué querían hacer con ella, ni nos habían dicho nada de que querían que nos quedásemos alguna de nosotras ahí. Pero obviamente por conciencia de no querer dejar a la señora sola yo tomé la iniciativa y me quedé allí. Confinada con la señora. No me hablaron de pagarme de más, no me hablaron de horas extra, de nada. Fue quedarme ahí y decirles a los hijos: 'no voy a dejar sola a su madre', son 94 años, una persona con alzhéimer. (Mercedes, 28 años, Honduras, residencia irregular, trabajadora interna sin contratación formal, C089)

En otras ocasiones, las trabajadoras "optan" por confinarse como medida de protección. Quienes no cuentan con contrato, temen ser detenidas por la policía y no poder presentar el justificante de movilidad: "imagínate como son las cosas, nos decían desde SEDOAC, que la preocupación no era que durante el camino te fueras a contagiar de covid, no, el miedo era a que te pusieran una multa". Si además no tienen permiso de residencia, temen también ser deportadas. Según la misma SEDOAC, los/as empleadores/as se negaron a extender certificados de movilidad, "porque ese certificado o justificante de desplazamiento podía servir como prueba fehaciente de esa relación laboral irregular" (Carolina Elías, C225).

En términos generales, el incremento de la jornada, al pasar del régimen externo al interno o debido al confinamiento total de la trabajadora, no se ha remunerado. Así lo explica Patricia, una trabajadora interna de origen peruano: "Cuando me confiné me pagó bien, hasta que me dijo que ya no podía pagarme más, porque no pensó que eso duraría tanto, que no le alcanzaba el dinero. Su hija me dijo: 'mi mamá no tiene nada'" (Patricia, 49 años, Perú, residencia irregular, trabajadora interna sin contratación formal, C077).

A otras trabajadoras se les ha descontado el alojamiento y la comida, bajo el argumento que "aquí es un lugar seguro, sin contaminación", tal como explican desde la asociación Mujeres Unidas Entre Tierras (Isabel Valle, C331). Al igual que sucedió con la crisis económico-financiera de 2008, la pandemia emerge como argumento moral para la precarización de las condiciones laborales (BRIONES *et al.*, 2014). Al margen de los derechos que tiene la trabajadora (tenga o no tenga papeles), el empleador presenta la relación laboral como un favor, frente al que la trabajadora debe mostrar gratitud: "Ellos me querían hacer ver que yo antes tengo que estar agradecida con ellos por mantenerme el trabajo y por pagarme. Yo le dije: 'bueno, pero si es que usted se sigue ganando la misma pensión, porqué me va a dejar de pagar o por qué me va a disminuir, ¿acaso a usted le han disminuido la pensión?'. Me querían bajar el sueldo" (Esperanza, 32 años, Colombia, residencia regular, trabajadora externa formalmente contratada, C106).

Eloísa cuidaba antes de la pandemia una mujer de 83 años en régimen interno. Con la pandemia y, tras una caída de la mujer, sus hijos deciden trasladarlas a ambas a vivir a casa de la hija. Eloísa no solo sufre una reducción drástica de salario, sino que ve incrementada la carga de trabajo (ahora debe asumir nuevas tareas domésticas y de cuidado). En su caso, le comunican que, si quiere el sueldo anterior, debe asumir también el cuidado de los hijos de la vecina. Además, el traslado de domicilio y los cambios en la composición del hogar, comporta el maltrato por parte del yerno de la mujer que cuida, quien al parecer "no quería tener a la suegra en casa". Finalmente, la situación se vuelve insoportable para ella y deja el trabajo, prefiriendo acudir a Cruz Roja que seguir aguantando lo que considera un trato inaceptable:

> Antes me pagaban 1.200 euros. Con el traslado me bajaron a 600 euros. Me hicieron unas cuentas allá de lo que era la comida y el alojamiento. Te trabajan psicológicamente, te intimidan: 'Mire, ahora no hay nada… con la pandemia, ¿quién la va a contratar?'. Yo cuidaba a la señora, pero además tenía que hacer las labores de la casa, cuidarle la niña, me

> incrementaron cosas que no estaban en lo que hablamos inicialmente. Me llegaron a proponer que cuidara los hijos de la vecina si quería cobrar los 1000 euros. Además, el yerno me trataba mal, me insultaba, me hacía sentir que era peor que una basura. No aguanté más y dejé el trabajo. Sentía que no tenía vida. (Eloísa, 53 años, Colombia, residencia regular, trabajadora interna sin contratación formal, C310)

Bajo el argumento que los empleadores están con un expediente de regulación temporal de empleo (ERTE) o han perdido el trabajo, se les ha llegado a ofrecer continuar trabajando como internas a cambio únicamente de techo y comida. Así lo explican desde el colectivo SEDOAC: "Se da el caso de una compañera que estaba contratada como interna y ahí vivía ella, y entonces le dijeron: 'Mira, nosotros nos hemos quedado en el ERTE, te despedimos' y entonces decía ella: 'Y ahora ¿para dónde voy?'. Entonces le dijeron: 'Hagamos un trato: tú sigues trabajando a cambio de la comida y la vivienda, y no te vamos a despedir'" (Carolina Elías, C225).

En términos generales, la pandemia ha supuesto para estas trabajadoras cambios en la gestión del tiempo y la movilidad. Durante los meses de confinamiento, la trabajadora únicamente sale a la calle para realizar alguna compra o gestión puntual. En algunos casos son los familiares quienes llevan la comida a la puerta del piso o quienes realizan las compras online. Las trabajadoras ven restringida su movilidad (apenas salen y cuando lo hacen deben pedir permiso con antelación), sufren un mayor control por parte de sus empleadores y ven reducida significativamente su privacidad y tiempos de descanso. Su confinamiento supuso para la familia una disponibilidad de tiempo que no se pactó con ella y, además, como ya hemos señalado, que no siempre se remuneró, como en el caso de Inés:

> Nos tocó estar confinadas las veinticuatro horas todos los días porque no podíamos salir, solo a la compra... lo que hacíamos es que yo me encerraba en mi habitación, o sea yo tenía mi privacidad ahí sola durante esas dos horas, la señora me respetó las dos horas, pero igual estar encerrada en una habitación dos horas esperando que pase no tenía nada que hacer, fueron horribles esos tiempos. (Inés, 52 años, Honduras, residencia irregular, trabajadora interna sin contratación formal, actualmente externa en horario nocturno, C167)

Cuando salen, se les pide que no tomen el transporte público, "que caminen, aunque se tarden más", o que extreme las precauciones, que "se cuiden". En otros casos, se les ha exigido que se hagan la prueba de reacción en cadena de la polimerasa (PCR) para poder seguir manteniendo el empleo, prueba que han tenido que costearse las propias trabajadoras (Sandra, Red de Mujeres Latinoamericanas y del Caribe, C194). En algunos casos el confinamiento de la trabajadora se ha extendido durante meses, más allá del estado de alarma (en el momento de realizar la investigación, recogimos el testimonio de diversas trabajadoras que llevaban varios meses confinadas). En otros casos, con la relajación del confinamiento, las trabajadoras internas pudieron recuperar su horario laboral anterior y los días de descanso y, además, algunas recibieron una indemnización por los días libres y festivos trabajados. Hay que señalar también que algunas trabajadoras, con el agravamiento de la situación sanitaria tras el verano, volvieron a confinarse en su lugar de trabajo (Diana, C186). Cuando han sido despedidas, estas trabajadoras raramente han percibido algún tipo de indemnización. Además, la mayoría de despidos se producen de forma verbal y sin preaviso. A veces incluso se comunican por WhatsApp, sin pagar siquiera los días trabajados.

Viñeta 5.1. Yamileth, "obligada" a confinarse durante la pandemia

Yamileth (C313) tiene 38 años y es peruana. Llega a Cataluña en enero 2020, poco antes de estallar la pandemia, buscando un futuro mejor para sus dos hijos de 12 y 19 años, quien deja a cargo de su madre en Perú. En su país trabajaba en un banco como administrativa. Poco después de llegar, pone un anuncio en la calle y encuentra trabajo de interna cuidando una mujer de 78 años con alzhéimer, por 700 euros al mes, más 70 euros a la semana para la comida de ambas. Se trata de una familia con un nivel de renta alto. Ella se encarga de todo; no tiene ni una hora libre. Al principio, los hijos, quienes actúan de empleadores, le dijeron que la dejarían salir los domingos, pero luego matizaron que saldría solo los domingos que a ellos les fuera bien, así que prácticamente no salía, ya antes de la pandemia. En el momento que la entrevistamos llevaba ocho meses trabajando en condiciones de encierro. Los jueves sale a comprar. Ese día viene otra trabajadora, que además limpia la casa del hijo, y es ella quien saca la mujer a pasear. Los hijos le piden a Yamileth que baje a su madre a la calle, pero a ella le da miedo, por el alzhéimer y porque no camina bien. Cuando los hijos llegan a casa, se sacan la mascarilla. Tampoco los nietos toman medidas. Duerme en un cuarto pequeño, donde meten la silla de ruedas, el andador y el tendero para la ropa, además de un piano. El hijo mayor la trata muy mal. Le grita que la casa tiene que estar limpia, "que tiene que tener la casa como los chorros del oro". No respeta sus cosas. La trata con desprecio y sin ningún tipo de consideración. Le dice que no puede dejar a su madre para nada. Cuando les pidió que la empadronaran, le dijeron que de momento no lo iban a hacer, así que no está empadronada y por lo tanto no tiene tarjeta sanitaria: "Yo no tengo seguro, no tengo tarjeta sanitaria, no tengo nada". Yamileth explica que cuidar a esta mujer no resulta nada fácil, tiene mal carácter, se vuelve agresiva con ella. A veces le da miedo. Se siente cansada, encerrada. No se imaginaba esto cuando decidió venirse para España. A pesar de lo mal que lo está pasando, no le ha pedido nada a la familia. Teme qué si pide un aumento de sueldo, la despidan y le digan que hay un montón de mujeres esperando este trabajo. Para venir aquí contrajo una deuda (12.000 nuevos soles, unos 4.000 euros) que debe solventar. De momento, no ve otra opción que aguantar la situación.

5.3.2. TRABAJADORAS EXTERNAS: SUSPENSIÓN TEMPORAL DEL EMPLEO Y CAMBIOS EN LAS RELACIONES LABORALES

Las trabajadoras en régimen externo, antes de la irrupción de la pandemia, generalmente realizaban una jornada laboral intensa, algunas, por ejemplo, limpiando varios domicilios en un mismo día o realizando tareas de cuidado unas horas al día. No son pocas las que expresaron satisfacción y agrado por el trabajo que realizan, valorando además la autonomía y flexibilidad horaria que este régimen de contratación permite, que les facilita conciliar su vida laboral y familiar, especialmente el cuidado de sus hijos/as. Estos relatos contrastan con las narraciones de las trabajadoras en régimen interno, que suelen hacer más hincapié en las condiciones de explotación, mencionando también en algunos casos actitudes de discriminación por parte de sus empleadores/as, e inclusive situaciones de acoso o abuso sexual.

Centrándonos en las trabajadoras en régimen externo, durante el periodo del confinamiento, se observa una suspensión temporal de su trabajo, o en su defecto, una drástica reducción de las horas. Esta situación puede estar narrada en las entrevistas como una decisión de mutuo acuerdo o como una imposición de la parte empleadora y estuvo fuertemente condicionada (si bien de manera variable según los casos) por el temor de sus empleadores/as y de ellas mismas a ser un potencial foco de contagio: "Yo me movilizaba de un sitio a otro. Entonces ellos tuvieron miedo de que yo en una casa, o en la calle, en el metro o en el autobús… yo agarrase el covid, entonces me dijeron pues que no vaya" (Amelia, 48 años, Nicaragua, residencia regular, trabajadora externa con contratación formal). También pesó la dificultad de poder justificar la movilidad por causas laborales al estar informalmente contratadas y exponerse de esta manera a una posible sanción.

Ahora bien, ya sea que fuese una imposición o una decisión acordada con la parte empleadora, todas las trabajadoras eran conscientes que dejar de trabajar significaba dejar de percibir un salario. En ningún caso se planteó la posibilidad de que la parte empleadora las indemnizaran

por el tiempo en que no pudieron trabajar, si bien a alguna le ofrecieron un anticipo a devolver en caso de necesitarlo:

> No cobré nada, nada, nada. Además, yo no cobré ni un céntimo de nadie, de nadie. Sí que es verdad que ha habido casas que me han llamado, que ha habido casas que me han dicho: 'Rihanna, si necesitas un adelanto', 'Rihanna sí, te vamos a ayudar'. Yo, claro, se lo agradecí muchísimo, pero he dicho no. Gracias a Dios, estoy bien. Y para comer de momento tenemos, y yo puedo decir que no. (Rihanna, 47 años, Moldavia, residencia regular, trabajadora externa sin contratación formal, C002)

Es interesante notar que la suspensión del empleo no necesariamente implicó la suspensión del contacto con las personas mayores para las cuales trabajan, quienes durante los meses de confinamiento afrontaron un fuerte aislamiento social. En este sentido, Pina, trabajadora por horas de origen español, relató que durante este periodo actúo casi como una psicóloga:

> Nos hemos estado llamando por teléfono porque sentían consuelo cuando hablamos, pero ellas me llamaban. Ellas tienen hijos y los hijos tampoco iban. No, no le iban… y se han apañado ellas como han podido. Pues la que es más joven tiene setenta y nueve años, y está peor que la que tiene ochenta y seis. Esta más que no puede levantar los brazos, que no se puede agachar, y cuando le dije: 'cuándo usted quiera voy', ¡buahh, una alegría! Me daba hasta besos por teléfono. (Pina, 47 años, España, trabajadora externa sin contratación formal, C016)

Con la relajación de las restricciones que impuso el confinamiento, algunas mujeres, poco a poco fueron reincorporándose a sus trabajos, siendo en ocasiones, como en el caso de Pina, las casas de las personas ancianas a donde primero acudieron, "porque están enfermas, son mayores y necesitaban".

De todas maneras, en algunos casos los/as empleadores/as han decidido prescindir de sus servicios y, por lo tanto, algunas de las trabajadoras no han logrado recuperar el nivel de trabajo anterior a la pandemia. En otros casos, tras la suspensión temporal del empleo y ante la incertidumbre y falta de concreción de una eventual reincorporación, las trabajadoras encontraron otro empleo, cosa que ha podido ser interpretado (dentro de esta misma lógica de la deuda moral adquirida) como un acto de ingratitud. Es el caso de Norma, quien cuidaba una mujer mayor con gran dependencia cuando empezó la pandemia. Llevaba dos años y medio cuidándola, sin contrato, en régimen de externa. La hija le había prometido hacerle los papeles, pero siempre le dio largas. Apenas empezó la pandemia le dijeron que no fuera más. No le pagaron, con el argumento que "no sé cuándo volverás, ahí vamos a ir viendo, luego te lo daré…". La explicación que le dieron es que la hija no podía acudir al trabajo y que ella se iba a quedar cuidando a su madre, "no querían que nadie entrase". Estuvo dos meses y medio sin trabajar, hasta que encontró otro empleo. Cuando a principios de junio la hija la llamó para que se reincorporara, su negativa se interpretó como un acto de deslealtad, impropio de alguien que debería estar agradecida y, por tanto, disponible. Entonces, la empleadora la amenazó:

> En junio me llamaron para que me incorporara enseguida. Le dije que no volvía y ella gritaba: 'No me puedes dejar así…'. Pasé a devolver las llaves y me amenazó: 'Eres una malcriada'… Me tiró la puerta y me llamó mal agradecida… 'que yo te he dado trabajo sin papeles; que tú no me puedes dejar así, que me tienes que avisar un mes antes'. '¿Y yo qué hago mañana?', me decía. Me amenazó que me podía denunciar. La amenacé yo con denunciarla a ella por haberme tenido sin contrato… y ya dejó de molestar. (Norma, 52 años, Honduras, residencia irregular, trabajadora externa sin contratación formal, C312)

De nuevo emerge la expectativa de disponibilidad de los tiempos de la trabajadora y las asimetrías propias de una relación laboral desigual. Lo cierto es que en general las trabajadoras se han adaptado y en ocasiones permanecido expectantes a las necesidades cambiantes y

sobrevenidas de sus empleadores, en un contexto donde preservar el trabajo se vuelve todavía más apremiante. Elena, por ejemplo, fue viendo como su situación laboral se alteraba en numerosas ocasiones desde el inicio de la pandemia:

> Al inicio [de la pandemia] me dijeron que no fuera, los tres meses que estuvimos en confinamiento. Y luego de esos tres meses, ella me volvió a llamar… Y ya luego que terminó la cuestión esta del confinamiento, a ella se la llevaron para Lugo y me volvió a dejar 15 días más sin trabajar. Entonces, a la última me dijo: 'Mira, Elena, al parecer estuve en contacto con un positivo, tenemos que estar 15 días en cuarentena'. (Elena, 41 años, Venezuela, residencia regular, trabajadora externa sin contratación formal, C172)

En otros casos, se mantienen soluciones consensuadas entre trabajadora y empleadores/as para que no se interrumpa la relación laboral, pero respetando las normas de confinamiento y distanciamiento social. Este es el caso de Filo (C328), trabajadora por horas de origen español, que mantuvo su trabajo durante el confinamiento pues, aunque no fue a trabajar, le pagaron el mes completo en marzo. En abril le propusieron tramitar el subsidio extraordinario o cogerse el mes de vacaciones. Optó por la segunda opción. En mayo volvió a trabajar con normalidad, aunque le cambiaron el horario para no coincidir con otra trabajadora y favorecer la distancia social. Después de un tiempo, cuando se relajaron las medidas sanitarias, volvió a su horario habitual.

Viñeta 5.2. Toñi, despedida temporalmente de sus empleos

Toñi (C137) tiene 55 años y lleva 25 trabajando como empleada de hogar y cuidados. Vive junto a dos de sus hijos en la misma localidad donde nació, en el área metropolitana de Granada, en una casa en propiedad y tiene estudios primarios. En el momento en que estalló la pandemia, trabajaba sin contrato en varios domicilios de Granada y de su localidad. Todos estos empleos fueron suspendidos temporalmente durante tres meses: sus empleadores mayores tuvieron miedo al virus desde antes de la declaración del estado de alarma, y no volvió a los domicilios donde trabajaba mientras duró el confinamiento estricto. Afortunadamente, además de contar con ahorros ("es que soy muy hormiguita") y no tener que pagar alquiler o hipoteca, justo en ese momento estaba compatibilizando el trabajo de hogar con un contrato temporal que le permitió tener ingresos durante esos meses, incluido el seguro de desempleo. Así, pudo vivir con desahogo, aunque con angustia por la gravedad de la situación, el encierro junto a sus tres hijos adultos (uno de ellos vive enfrente, pero pasaron el confinamiento juntos). Este tipo de ventajas son precisamente las que señala para explicar por qué no está dada de alta como trabajadora de hogar: al no pertenecer al Régimen General de la Seguridad Social, "una empleada de hogar paga mucho para lo que luego te repercute". En otras palabras: dado que las condiciones que ofrece el Régimen Especial de Empleadas de Hogar son peores que las del Régimen General, y aunque el empleo de hogar es su trabajo más estable, Toñi prefiere seguir trabajando en la informalidad, lo cual además le da más flexibilidad para trabajar en varios hogares, y buscar al mismo tiempo otro tipo de empleos formales (que "van y vienen") que le permitan garantizarse una jubilación digna: "Hacemos ese trabajo, pero como yo hay muchas, que no hablo solo por mí, hay muchísimas mujeres que por otro lado están pagando otro seguro o haciendo otros trabajos para poder seguir cotizando". Los vínculos con sus empleadores son profundos: "casi de amistad, y en algunos casos quito el casi". De hecho, hubo contacto telefónico casi a diario durante el confinamiento. Así pues, una vez iniciada la desescalada, retomó su trabajo con las personas cuidadas. Solo hubo dos cambios, decididos por ella y aceptados por sus empleadores: por una parte, agrupó las horas que dedicaba a cada hogar para disminuir los desplazamientos y con ello las posibilidades de contagio; por otro, disminuyó el contacto directo con la pareja mayor a quienes cuidaba. Esto, aunque necesario dadas las circunstancias, ha hecho que se deteriore el componente emocional y relacional del cuidado, que es lo que ella más valora de su trabajo: "Si fuese rica y tuviera mucho dinero igual lo haría en plan hobby. Irme a echar un rato de conversación, no haría lo demás, fíjate. La higiene y lo demás lo dejaba para otro, ¿no? Pero el hablar con ellos, eso sí".

5.3.3 DIFICULTADES DE CONCILIACIÓN DE LA VIDA FAMILIAR Y LABORAL

Los cambios laborales provocados por la pandemia y el confinamiento han dificultado aún más la conciliación de aquellas trabajadoras que tienen cargas familiares con ellas, en el caso

de mujeres migradas, hijos e hijas que, en muchos casos, han sido reagrupados. Las estrategias han ido desde delegar el cuidado en hermanos/as mayores, hasta dejar el trabajo cuando ninguna opción alternativa existía:

> Ha sido muy difícil poder atender a la situación de horarios laborales con el confinamiento de los hijos en el domicilio. (…) Algunas han podido negociar cierta flexibilidad horaria y muchas otras lo que han hecho ha sido apelar a las habilidades de sus hijos y de sus hijas para no perder el ingreso que es el que les sustenta, entonces los hijos y las hijas han estado en situación de confinamiento mientras sus madres están trabajando; el tema de la conciliación ha sido uno de los temas gordos y lo sigue siendo, la conciliación ha quedado para ellas absolutamente subordinada a las necesidades de las familias. (Claudia, técnica de intervención del grupo Torre de Babel/Fundación Social Ignacio Ellacuría, C123)

> Se ha vivido muchísimo desborde de las mujeres, con los niños en casa, sin poder ir a trabajar las que trabajan por horas, porque los niños los tienes en casa. El tema de las familias monoparentales. Mujeres que habían logrado esa pequeña movilidad ascendente entre comillas, de dejar el trabajo de internas para hacer horas y compatibilizar esas horas con el cuidado de los niños cuando ya han hecho la reagrupación. Y que con la pandemia se ha venido todo abajo. Porque no podía dejar a los niños solos en casa. O situaciones en que los niños y niñas adolescentes tuvieran que asumir las tareas de cuidado de sus hermanitos, para que la mamá pudiera salir a trabajar. El tema del hacinamiento, o sea, de familias que viven en una habitación y tener que estar viviendo en esa habitación toda la familia, en unas condiciones de tensión, de estrés, de conflicto familiares. Y luego el tema de la brecha digital, tan brutal en las familias migrantes, de no poder contar con un ordenador para hacer las tareas, que han sido tareas diarias. O sea, que ha sido todo el tema laboral, unido con todo el tema vital, que ha llevado al desborde absoluto, sobre todo a las familias monomarentales, a las mujeres que sostienen con su trabajo de empleadas de hogar todo eso. (Sandra, Red de Mujeres Latinoamericanas y del Caribe, C194)

Para algunas trabajadoras que han pasado del régimen de externa al de interna, confinarse ha significado no poder atender las necesidades de cuidado de sus propios hijos, delegando tal responsabilidad en algún familiar. Ello ha generado un malestar profundo en las trabajadoras, quienes no han podido cuidar de sus hijos en un momento especialmente complicado como consecuencia del confinamiento domiciliario.

Viñeta 5.3. Patricia, confinada sin poder cuidar de su hijo adolescente

Patricia (C077) es de origen peruano, tiene 49 años y llega a Cataluña en mayo de 2019, con su hijo de 13 años. Es solicitante de asilo. Su esposo lleva dos años en España y también está en situación administrativa irregular. Después de siete meses sin encontrar trabajo, en enero de 2020 encontró un trabajo como interna cuidando una mujer de 92 años con demencia. Antes de la pandemia, la mujer acudía a un centro de día de 9 a 18h, por lo que durante estas horas ella libraba y podía estar pendiente de su hijo. Libraba también los sábados hasta las 19.30h. Patricia la llevaba y la recogía del centro. Se encargaba de todo, de vestirla, bañarla, cocinar, limpiar la casa. Le pagaban 800 euros. La hija, quien actúa como parte empleadora, le comentó que su madre tenía una pensión de 680 euros y que no podían pagarle más. En marzo, cuando empezó el confinamiento, se confinó con la mujer. Afirma que se confinó totalmente, que "no podía salir". Le daba miedo salir y contagiar a la señora, y describe la situación como "muy agobiante". Cada vez que volvía de la calle se limpiaba toda con lejía. Tenía que ir rápido, por no dejar sola a la señora. Todas las rutinas se alteraron. Dejaron de salir a la calle, de ir al centro de día… Había días que la anciana lloraba, y ella también. Al principio, la hija le dijo que le pagaría 200 euros más por 15 días. Durante el confinamiento llegaron a pagarle 1400 euros. Cuando acabó el estado de alarma y volvieron a abrir el centro de día, le bajaron a 1200, aunque los tiempos de estancia en el centro se redujeron. Comenta que la señora a veces se enfada, que no es fácil, que "por ratos se le va la mente, grita, se enfada, esconde cosas", pero que ha aprendido a tratarla.

Cuando se confinó dejó a su hijo de 14 años viviendo con su esposo, en el piso donde alquilaban una habitación. Entonces todo empezó a ir mal. Los hombres del piso, incluido el padre de su hijo, bebían, se emborrachaban, armaban follón por la noche. El hijo la llamaba y le explicaba que no podía aguantarlo más. Patricia llegó a llamar a la policía, pero le dijeron que debía estar allí para poder actuar. Ella intentaba hablar por teléfono y poner orden, advertir a su esposo… Este se emborrachaba y tenía un comportamiento muy grosero, le faltaba el respeto, le decía malas palabras, le gritaba. Lo describe como una situación horrible y de mucha impotencia. Cuando ya no pudo aguantar más, decidió sacar a su hijo de allá y lo mandó a vivir con un primo donde todavía vive ahora. Cuando tiene un rato libre, se va para allá. Ella ya tomó la decisión de divorciarse. Afirma que no tiene con quien dejar a su hijo y que es durísimo. Siente culpa y desesperación, pero explica que tuvo que elegir: "o decidía quedarme o decidía perder el trabajo. Como no tengo papeles, para mí era muy difícil no aceptar". Mantener el trabajo se volvió una prioridad apremiante: "He aceptado todo, porque no había otra opción de trabajo, mucho tiempo estuve sin trabajar, era muy desesperante". Está esperando a tener los papeles (del asilo) para pedir el contrato, buscar un trabajo como externa y poder ir a vivir con su hijo. Si no se lo dan, dice que tendrá que irse a buscar algo de externa y buscarse un lugar para vivir, ella y su hijo.

5.3.4. EFECTOS DE LA PANDEMIA SOBRE LAS CONDICIONES DE VIDA DE LAS TRABAJADORAS

La pérdida del empleo entre las trabajadoras (recordemos que no tienen derecho a prestación por desempleo y que la figura del desistimiento supone una indemnización bajísima) o la reducción drástica de sus ingresos, sin poder gozar de ningún tipo de prestación social, son situaciones recurrentes que emergen y expresan el nivel de desprotección social al que están expuestas estas trabajadoras. Desde SINTRAHOCU conocen muy bien cuáles han sido las situaciones a las que se han tenido que enfrentar: pérdida de trabajo por la muerte o traslado de la persona cuidada a la segunda residencia y, en consecuencia, cambio drástico de lugar de residencia y de rutina, situaciones de calle o de buscar albergue en salas de espera de hospitales y tener que ir rotando en casas de amistades para no verse sin techo después de haber perdido el empleo:

> Se han dado muchos casos de compañeras que se les murió su empleador o fueron despedidas a raíz de esta pandemia porque la abuela se la llevaron para su segunda vivienda, para el pueblo en muchos casos. Tengo el caso de dos compañeras (pero no fue durante el confinamiento si no después, fue ahora en agosto) que perdieron el trabajo: a una se le murió el abuelo, a la otra se lo llevaron fuera de Madrid, y eso las cogió de sorpresa y les tocó buscar donde resguardarse en la sala de espera del hospital. (…) Entonces en el caso que estoy hablando de las internas, el lugar donde trabajamos es nuestro techo y también nuestro sustento y muchas compañeras se vieron en la calle y están prácticamente en la calle en este momento. Hay muchas que van de casa en casa, de una amiga, de una compañera, de quien

> sea, 8 días aquí 8 días allí. Esto en el caso de las internas. (Graciela Gallego, SINTRAHOCU, C220)

La pérdida del trabajo puede no estar directamente relacionada con la pandemia, pero comporta que encuentren muchas dificultades para conseguir un nuevo empleo. Este es el caso, por ejemplo, de Ondina (C015), una mujer de 33 años oriunda de Honduras. Ondina tuvo que dejar su trabajo como interna al cuidado de una pareja de ancianos porque estaba embarazada y dio a luz justo al inicio del confinamiento. A pesar de que reside regularmente, no estaba dada de alta en la Seguridad Social y por lo tanto no tuvo acceso a la baja por maternidad. Intentó volver a trabajar a los dos meses de que su hijo naciese, asumiendo los riesgos que ello comportaba, pero sus empleadores se lo impidieron. Otra trabajadora interna, Doris (C173), de 57 años y originaria de Rumanía, también perdió su empleo al inicio de la pandemia, en su caso debido a la muerte del anciano que cuidaba por causas no relacionadas a la covid. Para Doris, quedarse sin su trabajo significó perder también la vivienda. En el momento de realizar la entrevista, hacía horas de limpieza de manera informal, obteniendo unos ingresos mínimos.

Frente a esta desprotección, el hecho, por ejemplo, de encontrarse pluriempleadas, combinando la contratación en el trabajo de hogar y cuidados con una empresa de limpieza, ha actuado como amortiguador, proporcionando mayores protecciones sociales. Este es el caso de Rosi (C221), trabajadora por horas de origen español, quien continuó percibiendo el salario de la empresa de limpieza donde está contratada durante el tiempo que duró el confinamiento, aunque, una vez levantada la medida, tuvo que recuperar las horas no trabajadas, lo que repercutió gravemente en su salud. También actuó como amortiguador el hecho que las mujeres no sean las únicas responsables de la manutención de sus hogares. Las trabajadoras que estaban en pareja, y sus parejas trabajaban, sumado al hecho de que en ocasiones también tenían ahorros, han afrontado las variaciones o merma de sus salarios en condiciones que podríamos calificar como más ventajosas. En estos casos, que generalmente coinciden con los de trabajadoras externas de origen español o extranjeras que ya llevaban muchos años en España, las mujeres relataron que han tenido que ajustarse el cinturón, pero que han podido hacer frente a sus gastos.

En cualquier caso, la pandemia las ha confrontado con su vulnerabilidad y con la necesidad de buscar un trabajo con contrato que les proporcione mayores derechos y protecciones, algo que entienden deberá ser en un sector distinto al trabajo del hogar:

> Lo que yo quiero es ya trabajar en algún sitio donde ya esté yo dada de alta y que tenga yo mis horas, y que… que cotice. Hay que pensar en un futuro… Me dijeron que sí para entrar en unas fabricas que hay aquí al lado, de lo mismo, de limpieza. Porque yo, es que mi trabajo es que me gusta, no es que lo haga obligada ¡es que me gusta! Es que yo la hago y dice: 'madre mía, si es que tienes algo en las manos, es que sacas un brillo', porque es que me gusta, es que no es que lo haga porque no tenga otra cosa. ¡No! Entonces pues a mí me gustaría trabajar, pero en la limpieza, estar dada de alta y estar… estar legal. (Pina, 47 años, España, trabajadora externa sin contratación formal, C016)

Asimismo, también es importante señalar que la mayor dependencia de los ingresos económicos de sus parejas puede en algunos casos abrir las puertas a situaciones de violencia doméstica. Esta es, por ejemplo, la situación de Desiré (C185), de origen boliviano y en España desde 2016, cuyos ingresos mensuales se han reducido de 900 a 300 euros. Antes de la pandemia, su ex pareja acudía cada 15 días a su casa para estar con los hijos y ella pasaba el fin de semana fuera. Ahora, durante estos periodos de visita a sus hijos, ha tenido que volver a convivir con su marido que tiene antecedentes de maltratos físicos, y que es quien está pagando el alquiler y los suministros, sintiéndose ella constantemente acosada.

Aquellas que no contaban con un colchón familiar o fuentes de ingresos alternativos, ante la pérdida del empleo o la drástica reducción de sus horas de trabajo, han tenido que recurrir a grupos de ayuda mutua, entidades de asistencia social y organizaciones religiosas para cubrir necesidades básicas, tanto de alojamiento como de alimentación. A fin de evitar situaciones de calle, las trabajadoras han recurrido también a redes de amistad. El apoyo de compañeras ha sido muy importante, permitiendo quedarse en sus casas (durmiendo en el sofá), aunque ello dio lugar a situaciones de mucha precariedad que añadieron complejidad al confinamiento, al convivir muchas personas en pisos pequeños. Los colectivos de trabajadoras explican cómo han tenido que interceder por la trabajadora para evitar desalojos de sus viviendas. A nivel alimentario algunas mujeres han tenido que acceder a ayudas, en comedores sociales y bancos de alimentos, algo que no habían hecho antes. También se dieron casos de ayuda mutua entre las propias mujeres compartiendo los pocos recursos a los que accedían, como por ejemplo los alimentos:

> Durante dos meses estuve sin recibir ningún ingreso… entonces prácticamente tuvimos que aprender cómo a administrarnos, no gastar de más, dosificando lo que era el tema de la comida, cuántos nos quedan de tal cosa... De verdad me… O sea, me… me da sentimientos. Sí, porque… hay que vivirlo. Mirar cuántas latas de atún quedan, sí, sí, racionando, eso te estoy diciendo. Latas de garbanzos, qué podemos hacer, planificando menús, ¿sabes? Porque al no tener ingresos teníamos que tratar de que lo que nos habían dado en la iglesia alcanzara para el siguiente mes. Nos botaban, o sea, nos botan una vez al mes, entonces pensando que, bueno, vamos a administrar lo que tenemos, vamos a gastar poco porque no sabemos cuándo esto va a pasar y volvamos a tener ingresos y así fue cómo fuimos sobrellevando lo que eran los gastos de la casa. (Maribel, 51 años, Venezuela, residencia irregular, trabajadora externa sin contratación formal, C122)

Viñeta 5.4. Débora, despedida y sin acceso a ningún tipo de prestación

Débora (C088) es hondureña, vive en Zaragoza desde agosto de 2019. Es solicitante de asilo. En Honduras era defensora de los Derechos Humanos y ambientalista. A causa de su activismo recibió amenazas de muerte y tuvo que salir de su país. Después de su llegada a Zaragoza, cuando ya tenía el permiso para trabajar (la tarjeta roja), encontró empleo cuidando a personas mayores y a niños, y en servicios de limpieza. Organizó sus horarios de tal manera que llegó a tener cinco trabajos distintos a la vez, llegando a conseguir aproximadamente 800 euros mensuales. Cuando se declara el estado de alarma y se decreta el confinamiento domiciliario, Débora pierde de golpe todos sus trabajos. Entre abril y julio de 2020 estuvo desempleada. Sobrevivió con sus ahorros y con el apoyo económico de algunas entidades defensoras en Derechos Humanos. Emocionalmente, ese periodo fue muy complicado: el miedo al contagio de ella y de su familia en Honduras, la falta de trabajo y la imposibilidad de enviar dinero a sus hijos, la llevaron a una depresión que ha logrado superar lentamente y con no pocas dificultades. Por medio de la Asociación de Trabajadoras del Hogar de Zaragoza, en agosto encontró su empleo actual, en horario nocturno (de 18:00 a 8:30 horas) todos los días, los fines de semana completos, con una noche de sábado libre al mes y con un salario de 950 euros al mes. En septiembre, la llamaron para regresar al empleo de niñera. Estuvo combinando los dos trabajos, hasta octubre, cuando su empleadora (la hija de la mujer mayor que cuidaba) le ofreció el cambio de horario, para la jornada diurna (de 8:30 a 18:00 horas) de lunes a viernes. La situación que actualmente vive en su trabajo es muy desgastante: la persona que cuida es dependiente al 100% y necesita atención las 24 horas del día. Además, la empleadora es particularmente exigente, demanda total disponibilidad de las cuidadoras y es muy severa con la limpieza de la casa. Las trabajadoras aguantan estas condiciones durante poco tiempo y acaban dejando el encargo. Cada vez que esto pasa, Débora cubre las noches o los fines de semana las 24 horas del día. Acepta todas las exigencias de su empleadora porque ha iniciado los trámites de reagrupación de sus 2 hijos y necesita un empleo estable, de jornada completa y externa. Débora no puede poner en riesgo la oportunidad de reagrupar a su familia, pero esto significa someterse a una disponibilidad completa, a menudo invasiva. De hecho, la entrevista realizada un domingo se tuvo que interrumpir porque la empleadora estuvo enviando mensajes de WhatsApp para pedirle que regresara a su labor de cuidado urgentemente, sin tolerar justificación alguna.

La pandemia afectó también la capacidad de enviar remesas y hacerse cargo de los costes de la vida de su familia en la distancia. Ello produce sufrimiento en las trabajadoras que se ven imposibilitadas de enviar dinero en el momento en que más lo necesitan:

> La chica con la que te estaba hablando ayer que es hondureña, y me dijo que estaba con depresión: 'porque no puedo ayudar a mi familia'. Ellos viven en la zona que está afectada en Honduras por el Huracán Eta y pues están en un alberge y me decía: 'yo me siento impotente, no puedo mandarles nada, si ni yo puedo sobrevivir aquí, ¿cómo les mando yo dinero allá con esta situación que están viviendo?'. (Carolina, presidenta de la Asociación)

A fin de poder cumplir con el envío de remesas (al margen de que el cierre de locutorios lo dificultó enormemente), las mujeres han llevado a cabo procesos de reducción de los gastos que tienen ellas mismas (lo que no siempre es posible), así como una priorización de los gastos que se pueden posponer en sus países de origen. Esto lleva a que en algunos casos se generen deudas en las familias en origen ante la imposibilidad de enviar dinero durante el confinamiento ya que estas viven al día y cuentan con el dinero mensual enviado por las mujeres migradas para el pago de comida y facturas. A estas deudas tendrán que hacer frente las mujeres en el futuro, con lo que las consecuencias económicas de la pandemia tendrán repercusión tiempo después de que esta haya pasado. En varias entrevistas aparece la educación de los y las hijas en origen como un gasto no modificable, a la que se dedica una parte importante de las remesas. En ocasiones, las mujeres que han tenido la posibilidad, han recurrido a familiares en origen para poder pagar los gastos de manutención de sus hijos y que les enviaran remesas inversas (MAZZUCATO, 2009).

5.3.5. APOYOS INSTITUCIONALES Y ACCESO A LAS AYUDAS

5.3.5.1. SUBSIDIO EXTRAORDINARIO

Como medida extraordinaria dirigida a las trabajadoras de hogar, el Gobierno central aprobó el Real Decreto 11/2020 de 1 de abril, el cual abre la posibilidad a cobrar un Subsidio extraordinario para empleadas de hogar. Lo pueden solicitar aquellas que estuvieran dadas de alta a la Seguridad Social y hubieran perdido su contrato laboral o reducido su jornada como consecuencia de la pandemia a partir del 14 de marzo[12].

Asociaciones de trabajadoras, entidades sociales y sindicatos coinciden en valorar positivamente la iniciativa; valoran que por primera vez se apruebe un subsidio para las trabajadoras de hogar, lo cual, consideran, abre la puerta a otros subsidios y a la necesidad de adecuar el tema de la protección por desempleo. Aun así, coinciden en que la gestión no ha sido ágil ni efectiva: "La Administración se ha mostrado desbordada e incapaz de dar respuesta con el tiempo y rapidez que requería la situación" (Carles Bertran, representante sindical CCOO, C302*)[13].

Lo cierto es que el subsidio no solo llega tarde (se aprueba cuando ya se habían convocado todos los demás subsidios y ERTE, no se puede solicitar hasta mayo y las ayudas no empiezan a llegar hasta tres meses después de tramitarse), sino que deja fuera una parte substancial de las trabajadoras: aquellas cuya situación administrativa no estaba regularizada o que carecían de contrato laboral formal (OTXOA, 2020). También aquellas que perdieron el trabajo antes del 14 de marzo, fecha en que se decreta el estado de alarma. Asociaciones y sindicatos subrayan

[12] *Real Decreto Ley 11/2020, de 31 de marzo, por el que se adoptan medidas urgentes complementarias en el ámbito social y económico para hacer frente al COVID-19* (BOE-A-2020-4208). El subsidio permite cobrar hasta un 70% de la base de cotización, con un máximo de 950 euros, cifra correspondiente al salario mínimo de 2020.

[13] Para indicar las citas traducidas del catalán al castellano se usará un asterisco (*) después del código de la persona participante.

la escasa incidencia de las ayudas, el retraso en su tramitación y la excesiva burocratización (trabas técnicas y burocráticas que dificultan o imposibilitan su tramitación), la brecha digital que dificulta su tramitación, y lamentan que tales ayudas crearon falsas expectativas y mucha frustración entre las trabajadoras[14]:

> Tuvimos el problema de la brecha digital, y no solo a través del ordenador, es que tienen que tener un escáner o una impresora, ir a firmar y luego traer y escanear y subirlo. Y aparte que tenías que tener una certificación digital para poder subir a través de la plataforma. O sea que, la trabajadora del hogar, que jamás ha cobrado ningún tipo de subsidio porque no tienen derecho al paro, por lo cual ninguna vez, jamás, hizo una tramitación en el SEPE [Servicio Público de Empleo Estatal], ni siquiera tenía un armaje para decir: 'Ah, estas son las trabajadoras del hogar y acá, esto es lo que tienen que hacer'. No, no había nada. Se construyó desde cero y eso también es lo que ha ido atrasando. Entonces las compañeras, desesperadas, con una solicitud que cuando tú te pones a mirarla y la comparas con una solicitud del ERTE, la del ERTE es facilísima y la de la trabajadora del hogar te miras así y dices: ¿Pero, esto qué es? Entonces, todas esas dificultades para una persona que solamente tiene el móvil para comunicarse, le fue absolutamente imposible. (…) Y otra es la situación de que el SEPE no contaba ni sabía que existían las trabajadoras del hogar, por lo cual tuvo que montar todo un sistema y contratar personal exclusivamente para sacar adelante la solicitud. Hay personas que, inclusive, hasta ahora no saben que la trabajadora del hogar no tiene derecho al paro. Que no tiene esa empatía y esa sensibilidad de saber que esa trabajadora del hogar no te va a completar igualmente una solicitud y que tenéis que darle una asistencia, por lo menos telefónica, y decirle: 'Aquí tenéis que poner esto'. Y, al ser una solicitud tan difícil, con tantos empleadores, es mucho más complicado rellenarla. Ellos han habilitado un sistema donde tú entras online, y verificas tu expediente. ¡Eso no funciona! Entonces no sabemos si van a cobrar, si desapareció, si… están totalmente en el limbo, si llamas por teléfono no te atienden, si envías correos no te contestan y solamente cuando ellos se ponen en contacto contigo te puedes enterar qué pasó de tu solicitud. (Edith Espínola, SEDOAC, C219)

Efectivamente, son muy pocas las trabajadoras entrevistadas que afirman haber solicitado el subsidio y haberlo cobrado. Las cantidades percibidas, por otro lado, son muy bajas, insuficientes para cubrir la pérdida de ingresos derivada de reducciones de jornada o suspensión de la actividad laboral. Por lo general, desconocen cómo hacerlo y cuando lo han podido solicitar, han sido sus empleadores quienes lo han tramitado. Marisa (C326), por ejemplo, cobró el subsidio, aunque con un retraso de tres meses. En su caso no sabe cómo se realizaron los trámites pues los llevaron a cabo sus empleadores. Su caso no es tan satisfactorio pues el subsidio se tramitó por un empleo de 3 horas diarias, lo que supuso un ingreso de unos "200 y pico" euros (el sueldo completo son 390 euros). Esta trabajadora tenía otro empleo con más horas (toda la noche) cuidando de una persona mayor y desde el inicio de la pandemia prescindieron de su trabajo y aquí no tenía contrato. Por tanto, el respaldo económico y social del subsidio sigue siendo limitado aún en los casos en los que se llega a tramitar y cobrar. Nina, quien perdió su trabajo como interna al inicio de la pandemia debido a la muerte del anciano que cuidaba, solicitó la ayuda. A finales de diciembre de 2020, cuando se realizó la entrevista, todavía no sabía nada al respecto, habiendo ya trascurrido un tiempo considerable:

> Pues he hablado con el gestor y me dijo que tenía que pedir el certificado este, digital, para entrar y que lo tenía que hacer yo. Pero yo, como no lo sé, eso de Internet, ni nada, dijo que me va a ayudar él sin cobrarme nada. Dijo: 'Te voy a ayudar yo para entrar en tu certificado digital y hacer'. Cómo está, ahí, que lo aprueban, no lo aprueban… Yo qué sé. No lo sé. Me lo han hecho. La hija del señor este dijo que me lo habían hecho. Pero tanto tiempo sin contestar nada, sí o no, yo pienso que… creo que no me ha hecho ninguna solicitud. Digo yo, no lo sé.

[14] Según *El Diario.es* de las 32.000 solicitudes presentadas desde que se abriera el plazo el 5 de mayo, solo habían sido admitidas 17.200 a finales de agosto, es decir, que casi la mitad seguían sin resolverse (PARELLA, 2021).

> Pero es que… Yo como no lo sé… (Nina, 41 años, Rumania, residencia regular, trabajadora externa sin contratación formal; antes, trabajadora interna formalmente contratada)

El testimonio de Nina evidencia las dificultades que pueden enfrentar algunas trabajadoras cuando deben resolver trámites de manera telemática, redundando en que dependen de la buena voluntad de sus (ex)empleadores/as para acceder a las protecciones sociales que les corresponden.

Sindicatos y asociaciones explican, por otro lado, la suspicacia que produce en ciertas familias el tener que entregar o firmar cualquier documento, y las dificultades que tuvieron (en su labor de intermediación) para convencerlas que efectivamente tenían la obligación de facilitar tales documentos:

> Cuando era una reducción de jornada, en el formulario que rellenabas en el SEPE, te preguntaba de qué hora a qué hora. Las horas que trabajabas en economía sumergida no tenías que ponerlas. Hubo una chica en Hospitalet que aparecía que trabajaba 40 horas, pero en realidad hacía 20 horas más de permanencia. Y esas no aparecían. Así que en muchas familias ese era el interrogante y les preocupaba mucho que les fuera a afectar en algo, que si esto se pudiese utilizar en otra cosa, que si se pudiese establecer una demanda porque ellos estaban dando una firma o autorización. (…) Se pensaban que la trabajadora iba a hacer algo. Es difícil entablar conversación con alguien que te dice que no está obligada a hacer nada. Yo les explicaba que en el marco legal sí que tenían la obligación, porque eran el empleador directo. Sí que hubo mucha suspicacia con eso. Hubo familias que no quisieron de ningún modo meterse en temas de subsidios, que no querían dar documentación suya, que prefirieron pagarles un permiso retribuido. Una no me dejó ni que le explicase nada, luego corroboramos la información con la trabajadora y nos confirmó que sí le había pagado pero que ella iba a tener que devolver las horas hasta que terminase de pagar los dos meses que le habían pagado. (Fany Galeas, representante sindical CCOO, C303)

> Tenemos una compañera que tiene seis empleadores. Entonces, que cada empleador presente la declaración jurada de que tal trabajadora ha trabajado conmigo, pero ahora tiene una reducción de jornada y que nos firme y que nos entregue la copia del DNI ha sido una campaña titánica, porque los empleadores, a pesar de que le dejan entrar a esta mujer a su casa a limpiarle los calzones y a arreglarle toda la vida, no le quieren entregar la copia de DNI. (Edith Espínola, SEDOAC, C219)

Otras entidades que realizan tareas de intermediación laboral ponen en valor el hecho que hubiera familias que sí quisieron hacer bien las cosas y que a pesar de las trabas administrativas (que son muchas y esta es su queja principal), tiraron adelante con la solicitud (Belén García, Coordinadora Anem per feina, C304).

5.3.5.2. SUBVENCIÓN A LA CONTRATACIÓN DEL GOBIERNO CATALÁN

Algo parecido sucedió con otras ayudas de ámbito autonómico dirigidas al sector, como la *Subvenció a la contractació de persones en l'àmbit del treball de cura de persones grans o dependents a la llar,* aprobada por el Departament de Treball, Afers Socials i Famílies de la Generalitat de Catalunya[15]. El propósito era incentivar la regularización de las trabajadoras, subvencionando el coste de la Seguridad Social durante un año a los empleadores que las contratasen. Según fuentes consultadas (sindicatos fundamentalmente), la medida no tuvo el impacto esperado. Se preveía que se acogieran entre 800 y 1000 mujeres. Se presentaron unas 300 solicitudes, de las cuales solo 120 cumplían los requisitos.

[15] Enlace.

Sindicatos y asociaciones detectan algunos errores de partida que contribuyeron o dificultaron su tramitación. La subvención se convocó en agosto, cuando tanto empleadores/as, como las entidades que podían apoyar a las trabajadoras en su tramitación, estaban de vacaciones. Además, no se tuvo en cuenta los tiempos necesarios para realizar los trámites burocráticos exigidos, más aún cuando se requerían documentos que debían ser expedidos en los países de origen de las trabajadoras. Además, muchas trabajadoras se toparon con una administración colapsada y con limitaciones técnicas de acceso (brecha digital). "Era una buena idea pero que se ejecutó mal", señalan desde la cooperativa Mujeres Pa'lante (Claudia, C305). Los mismos sindicatos y colectivos de trabajadoras lamentan que, de nuevo, y pese a haber sido convocados inicialmente en una mesa de consulta, no se tuvo en cuenta su opinión y experiencia. Se quejan además que se convirtió a las asociaciones en gestoras de la Administración pública, puesto que fueron ellas quienes se volcaron en apoyar a las trabajadoras en su tramitación:

> Entonces, teníamos que encontrar a aquella mujer que tuviera todo, todo listo en una carpetita, todo sin ningún documento vencido, sin que tuviera que sacar nada porque los plazos eran muy cortos. Y tampoco fueron flexibles en los requerimientos que estaban exigiendo. Pedían, por ejemplo, la certificación del curso del módulo B y el módulo C… y el histórico del padrón, eso en tiempo pandémico donde los ayuntamientos estaban solucionando mil problemas. Y también, tenían que pedir al Registro Civil el certificado de antecedentes penales de aquí, el certificado de antecedentes penales de su país de origen, actualizar el pasaporte... Piensa que esto nos lo empezaron a decir a nosotras cuando en el extremo sur del mundo empezaban a entrar en cuarentena. Todo eso, sin repetir ni equivocarse, dentro del tiempo que estuviera vigente la subvención. Claro, y la Administración pública, que le falta estar más a pie de calle, nos preguntaba a nosotras que por qué estaba postulando tan poca gente. Ellos esperaban que esto fueran mareas de mujeres para regularizarse y no fue así. Nosotros les decíamos: 'así como lo están organizando, no va a resultar', pero no nos han escuchado, no nos han escuchado. Ahí se dieron cuenta de lo difícil que es obtener cada uno de los requisitos, es como una carrera de obstáculos, ir pasando obstáculo tras obstáculo. Y, después de esto, piensa en hacer todo lo que tienes que hacer y, además, piensa que tienes que llegar a tiempo para postularte a la subvención. Subvención que ni siquiera es en beneficio tuyo, es en beneficio de quien va a contratarte. Esta es la principal reclamación que hacemos, de que muchas veces la Administración pública al lanzar este tipo de iniciativas o al lanzar iniciativas como las subvenciones, transforman a las asociaciones en gestores de la política pública. Porque, ¿quién les respondía las dudas a las trabajadoras? ¿Quién les respondía las dudas de los contratantes? ¿Quién les ayudaba a rellenar los formularios de la subvención? Nosotras. (Claudia, cooperativa Mujeres Pa'lante, C305)

De nuevo, la iniciativa se valora positivamente, aunque su ejecución no fue bien planificada:

> Yo creo que han pecado de ingenuos. Pensaron que solo subvencionando la Seguridad Social sería suficiente para que las familias contratasen. No, es que la trabajadora le sale mucho más barata que simplemente la subvención de la Seguridad Social, porque le tienen que pagar el salario mínimo, los descansos correspondientes, vacaciones, pagas extras… Y todo esto no les interesa. La persona que estaba pagando 300, 400, 500 euros por una interna, tendría que pasar a pagar 950, 1.200 o 1.300 euros. Ahorrarse 2.000 euros no le salía a cuenta. Esto no quiere decir que toda la gente que contrata tenga este perfil, pero existe este perfil, y no son los que más necesidad económica tienen, sino los que tienen un sistema de explotación de estas trabajadoras y la relación se basa en este sistema de explotación y dominio. Por eso la ratificación del Convenio 189 por sí sola no garantiza los derechos de las trabajadoras. Y esto pasa dentro de las paredes de una casa, no se ve, hay total impunidad. (Carles Bertran, representante sindical CCOO, C302*)

Cabe añadir también las pegas y dificultades que algunos empleadores, si bien no todos, pusieron en la tramitación de las ayudas: "Hay familias que lo han aprovechado. Pero ha

habido otras que, incluso en el momento que la trabajadora les ha planteado la posibilidad, la han despedido. O gente que nos ha preguntado: ¿Esto quiere decir que tenemos que hacerles vacaciones y tenemos que pagarles el salario mínimo, y tenemos que darles pagas extras? Entonces no nos interesa la subvención" (Carles Bertran, representante sindical CCOO, C302*).

Viñeta 5.5. Clarisa, despedida sin acceso al subsidio extraordinario al que tiene derecho

Clarisa (C082) tiene 33 años, es de Honduras y llegó a España en 2014. Vive en La Coruña, está casada con un hombre español y no tiene hijos/as. En España siempre ha trabajado como interna, ha encontrado sus empleos por el "boca a boca". Cuando comenzó la pandemia llevaba un año trabajando como interna cuidando de una anciana que tiene alzhéimer, párkinson y diabetes. Tenía contrato de trabajo y estaba dada de alta en la Seguridad Social, con un descanso diario de dos horas de lunes a viernes y día y medio durante el fin de semana. Su sueldo era de 850 euros. En el mes de marzo de 2020 acababa de viajar a Honduras para disfrutar de sus vacaciones cuando se decretó el estado de alarma y se cerraron las fronteras. Por tanto, no pudo reincorporarse a su puesto de trabajo y no regresó a España hasta el 18 de septiembre. Sus empleadoras, las hijas de la anciana a la que cuida, la despidieron y le dieron de baja en la Seguridad Social sin informarle de que se podía tramitar el subsidio extraordinario por desempleo. Sin embargo, le dijeron que a su regreso a España la esperaban para que volviese a trabajar con ellas. Además, en sus horas libres de lunes a viernes, Clarisa cuidaba de otra persona mayor, esta vez sin contrato, y este empleo también lo perdió cuando comenzó la crisis sanitaria.

A su regreso a España en septiembre, volvió a recuperar su empleo como interna, pero en el momento en el que realizamos la entrevista llevaba un mes trabajando sin que le hubieran hecho aún el contrato de trabajo, ni tramitado el alta en la Seguridad Social. Su trabajo es muy demandante porque la anciana es una gran dependiente y tiene que ocuparse de la casa y habitualmente (antes de la pandemia) de la comida de dos hijas, que son sus empleadoras. Clarisa considera que, tras el confinamiento, su trabajo se ha vuelto mucho más duro por el deterioro físico y cognitivo de la persona a la que cuida. Se queja especialmente de dolores de espalda por la pérdida de movilidad, pues ahora tiene que levantarla y acostarla a pulso. Además, Clarisa padece insomnio crónico, aunque esto es algo que ella no relaciona específicamente con su trabajo. Recientemente ha pedido a su empleadora reorganizar sus horarios para aumentar el tiempo de descanso durante el fin de semana porque afirma que necesita "desconectar totalmente" del trabajo: "porque estoy con una persona que le tienes que repetir lo mismo cada cinco minutos, tienes que moverla… Son muchas cosas y quieras o no te pasan factura tanto mental como físicamente". Sin embargo, afirma que en realidad utilizaría este tiempo de descanso para encontrar otro empleo y aumentar así sus ingresos ya que destina mensualmente unos 500 euros a enviar a Honduras para pagar una hipoteca y para ayudar a su madre de 75 años que vive sola.

5.3.5.3. FONDO COVID DEL GOBIERNO VASCO

El *Fondo para situaciones de riesgo, exclusión y/o pobreza derivadas o agravadas por el COVID-19* (Fondo Inor atzean Utzi Gabe), dependiente del Departamento de Empleo y Políticas Sociales del Gobierno Vasco, estuvo destinado a cubrir gastos de alquiler, alimentación, medicina y telefonía o comunicación (apoyo en telefonía para que las mujeres que se quedaban sin nada no perdieran contacto telefónico con sus familias, con sus amistades, y para la búsqueda de empleo). El fondo se activó a finales de abril de 2020. Estaba inicialmente programado hasta diciembre 2020, pero fue ampliado durante 2021. Fue diseñado en colaboración con entidades del Tercer Sector Social con una implementación rápida, lo cual se valora muy positivamente por parte de entidades participantes como la Fundación Social Ignacio Ellacuría (Claudia, C123).

Las ayudas tienen una duración de tres meses (ampliable en casos muy puntuales). Las personas que pueden acceder son aquellas mayores de 23 años, con menos de 3 años de residencia en el País Vasco y que no puedan acceder a ningún otro tipo de ayuda. El fondo es independiente de la situación administrativa e incluso personas sin empadronar pueden acceder. El requisito fundamental es que tengan pasaporte y que tengan un teléfono donde poder ser ubicadas. Es requisito para la concesión el que estén siendo acompañadas por alguna

entidad. Aunque no era específico para mujeres migradas en situación irregular, este sin duda fue un colectivo que motivó su dotación, dado que se sabía que quedaba totalmente desprotegido, en muchos casos que no cumplían los requisitos para acceder a otras ayudas como la Renta de garantía de ingresos. Programas como Azken Sarea Indartzen o Lehen Urratsa han sido destinados precisamente a familias que no disponían de ninguna fuente de ingresos porque vieron interrumpida su actividad en la economía informal o porque lo hacían en regímenes laborales sin derecho a prestación por desempleo (ambas situaciones se dan en el caso de las trabajadoras del hogar); o a personas sin hogar, que ya lo estaban antes de la pandemia o que se vieron abocadas a la calle por esta. El programa ADI de apoyo psicológico por teléfono también era mencionado para el caso de trabajadoras domésticas confinadas con sus empleadores/as. El fondo ha sido de gran ayuda para aquellas mujeres migradas recién llegadas, sin trabajo ni red ni acceso a ningún recurso, que se encontraban en una situación de muy alta vulnerabilidad, que evitó (o al menos pospuso) que llegaran a estar en situación de calle.

A modo de reflexión final, más allá de la brecha digital y de las dificultades con las que han topado las trabajadoras para la tramitación de las distintas subvenciones, interesa destacar el hecho que los recursos para enfrentar el desempleo, o reducción del empleo, han dependido mayoritariamente de la situación personal de la trabajadora. Todo lo cual denota la ineficacia y limitación en el alcance de las medidas extraordinarias, y a su vez remite a una histórica situación de desprotección del trabajo del hogar. Y ello al margen de que la trabajadora se encuentre o no formalmente contratada, sea de origen nacional o extranjera. En todo caso, la informalidad en la contratación, en conjunción con la situación de irregularidad jurídica de muchas trabajadoras, ha actuado limitando ulteriormente el acceso a otras prestaciones sociales, como ya sucedía antes.

5.3.5.4. PARALIZACIÓN DE TRÁMITES Y RIGIDEZ ADMINISTRATIVA

Además de las dificultades económicas, en el caso de las trabajadoras extranjeras se suman aquellas relacionadas con la situación de extranjería. Con el confinamiento, quedaron congelados todos los trámites de extranjería, produciéndose importantes retrasos en la tramitación de los permisos de residencia. Diana, por ejemplo, es originaria de Colombia y llegó a España a finales de 2019. Antes de la irrupción de la pandemia inició su solicitud de asilo. Cuando la entrevistamos en noviembre de 2020 aún no había podido acceder a la cita en la oficina de extranjería (Diana, 40 años, Colombia, solicitante de asilo, trabajadora interna sin contratación formal, C186).

Pero, además, en algún caso, la pérdida del empleo ha tenido el efecto de truncar un proceso de regularización de la residencia que podía ya estar pactado con la parte empleadora antes del inicio de la pandemia:

> Yo lo di todo por el trabajo porque, claro, confiaba en que ellos me iban hacer los papeles y… bueno, a veces hice horas de más que nunca me las pagaron. Pero bueno, yo vine por un propósito, pero al final, bueno… no, pasó la... bueno, para mayo me parece que volví. Pero claro, me dijo que ya no iba a estar tantas horas, que ya no me podían hacer los papeles. Entonces fue, se derrumbó y bueno, estoy en ello (...), intentando buscar oportunidades para poder tener los papeles que es lo que más quiero, porque ahora mismo estoy dependiendo del padre de mis niños. (Desiré, 37 años, Bolivia, residencia irregular, trabajadora externa sin contratación formal, C185)

Según CCOO, la política de extranjería durante la pandemia se ha centrado sobre todo en flexibilizar las condiciones de las personas que ya estaban en situación regular, por ejemplo, las prórrogas de las autorizaciones de seis meses o la flexibilización de las renovaciones del

permiso de residencia (Carles Bertran, C302). Pero en cambio, no se ha hecho nada en relación a la posibilidad de regularización, de flexibilizar el acceso a la regularización de las personas que están trabajando en sectores esenciales, como por ejemplo reducir el tiempo de estancia exigido en el país para poder acceder al arraigo social, reducir la duración del contrato exigido o reducir el tiempo a demostrar en caso de arraigo laboral; incluso en el caso de no tener contrato, otorgar una autorización de residencia que les permita buscar un contrato (similar al visado de búsqueda de trabajo). Relacionado con ello, han propuesto flexibilizar el acceso laboral del personal sanitario o de geriatría con formación, dada la demanda actual. La imposibilidad de acceder a puestos de trabajo en el sector de los servicios residenciales, por ejemplo, por carecer de "papeles" pese a contar con la formación requerida, es algo que lamentan los colectivos que gestionan programas formativos dirigidos a mujeres migradas:

> A nosotras nos llamaban mucho de residencias. Como nosotras hacemos prácticas con las chicas del curso de socio-sanitario en distintas residencias, tenemos contacto con muchas directoras de residencias. Y las directoras de residencias, nos decían que necesitaban mujeres que las fueran a apoyar en los equipos de trabajo. El tema es que nosotros les decíamos que sí, pero que teníamos puras chicas que no tienen papeles, que tienen el curso pero que no las iban a poder contratar. Entonces, ahí estábamos con toda esa demanda de mujeres que se podrían dedicar a las tareas de cuidado y que tenían la formación profesional, pero nos veíamos impedidas porque no tenían papeles, y donde estaba la necesidad de contratación no las podían contratar. Entonces ahí, hacer como toda la parte reivindicativa política que surgió en esa etapa. (Claudia, cooperativa Mujeres Pa'lante, C305)

5.3.6. ROL DE LOS COLECTIVOS DE MUJERES MIGRADAS

El rol de los colectivos promovidos e integrados por mujeres migradas ha sido un punto de apoyo importante durante la pandemia para el sostenimiento económico, social y emocional de muchas trabajadoras, aunque también es cierto que el número de mujeres al que llegan es reducido. Por lo general, los colectivos más consolidados enfatizan la importancia de una trayectoria previamente construida de trabajo comunitario y de activismo político para afrontar las necesidades sobrevenidas en el contexto de la pandemia, dando continuidad, en muchos casos, a iniciativas que ya funcionaban desde antes, como la creación de fondos solidarios, el trabajo en red para la coordinación de ayudas y servicios o el activismo político. Constatan también el aumento de usuarias durante la pandemia:

> Al principio, cuando empezaron las compañeras a decir: 'mira, me encuentro mal, estoy en mi casa, tengo estos síntomas' y claro, estábamos en confinamiento, entonces lo que hacíamos era ver quién podía acercarse según el domicilio de esta persona. Nosotras ya de por sí en el grupo de Torre de Babel llevamos unos años activando un pequeño fondo solidario que nos ha permitido responder a situaciones del tipo de 'quedé sin trabajo, no me pagaron lo que me debían, no puedo pagar el alquiler', o situaciones de enfermedad en origen, de familiares… entonces nosotras ya llevamos unos años teniendo un pequeño fondo solidario que se nutre desde la solidaridad interna del grupo… aquellas mujeres que tienen mejores condiciones, pues tenemos una aportación voluntaria que ya sabemos para qué es y estamos todas de acuerdo, entonces pues la que puede, cuando puede, va alimentando ese fondo. Y esa fue una de las primeras cosas que hicimos, empezar a identificar que las mujeres tuviesen cargas telefónicas para que no estuviesen incomunicadas, ver temas de si podían solicitar citas médicas, si no, si había que comprar medicamentos, si había que apoyarlas con alimentos, pues intentando articular red entre las que sí podían de alguna manera tener desplazamientos por trabajo y en ese desplazamiento por trabajo pues que le quedara el domicilio más cercano y poderle hacer llegar a esa mujer lo que necesitaba. (Claudia, técnica de intervención del grupo Torre de Babel/Fundación Social Ignacio Ellacuría, C123)

La pandemia ha obligado a estos colectivos a reorganizarse, reinventarse y adaptarse a la nueva situación. Describen los primeros meses de pandemia como un momento caótico, de

enorme incertidumbre, también debido al régimen de subvención pública sobre el que generalmente se sostienen y a la incerteza de qué pasaría con los proyectos concedidos y contratos derivados. En general, se han visto totalmente desbordadas por el número elevado de mujeres que acuden buscando asesoría y apoyo, sobre todo durante las primeras semanas de pandemia. Ante la falta de prestaciones sociales, las trabajadoras recurren en mayor número a las entidades, constatando una "avalancha" de consultas y un incremento de usuarias (la Asociación de Empleadas de Hogar y los Cuidados de Zaragoza, por ejemplo, pasa de 80 a 220 usuarias). Si bien la afluencia crece, constatan también que las que no pertenecen o no conocen las entidades, se quedan fuera.

La pandemia obliga a las asociaciones a suspender las actividades habituales (cursos, asesorías, prácticas derivadas de los módulos formativos…) y ajustarse a la nueva situación de urgencia. Activan y refuerzan sus redes sociales y grupos de WhatsApp: "Tratamos de buscar formas de estar presente, sin estar físicamente" (Claudia, cooperativa Mujeres Pa'lante, C305). Reconvierten algunas de sus actividades hacia el formato virtual (no sin dificultades); promueven la alfabetización digital (necesaria en el nuevo contexto) y continúan ofreciendo telefónicamente o virtualmente asesoría psicológica. Promueven, por otro lado, talleres de formación como promotoras de salud para hacer llegar a las mujeres migrantes, especialmente aquellas que no tienen tarjeta sanitaria, la información sobre la covid; y promueven fórmulas alternativas para poderlas empadronar. Frente a la cantidad de consultas sobre temas laborales y jurídicos que reciben durante la pandemia, algunos colectivos, como Territorio Doméstico, elaboran guías sobre derechos laborales que ponen a disposición de las trabajadoras y crean un equipo de abogadas laboralistas y expertas de extranjería que apoya en la tramitación de denuncias laborales.

Los colectivos apoyan también la gestión de trámites relacionados con las ayudas del Gobierno: solicitud y tramitación del subsidio extraordinario y ayudas autonómicas, y solicitud del ingreso mínimo vital. Resulta paradójico que personas que estaban trabajando, debido a la falta de prestaciones en el empleo de hogar, deban acceder a este tipo de beneficios sociales diseñados inicialmente para cubrir otro tipo de situaciones. El esfuerzo que ha supuesto tramitar todas estas ayudas ha sido calificado por los colectivos como "titánico", además de frustrante, dada la complejidad del sector y las pocas ayudas que finalmente han sido resueltas favorablemente:

> Fue un trabajo durísimo, durísimo, en fin, nadie nos ha dado un premio por eso. Porque atender a 200 mujeres en pleno mes de agosto, buscando papeles para aquí, buscando papeles por allá [se refiere a la subvención a la contratación del Gobierno catalán]. Y no pudimos. No pudimos. Para nosotras y para otras entidades, que trabajamos con mujeres sin papeles, fue muy doloroso ver que a pesar de todo el esfuerzo que pusimos, no conseguimos ni siquiera un cupo. ¡Fue horrible! Porque eso tenía que haberse hecho con más tiempo, con más disponibilidad. (Roberta, Sindillar/Sindihogar, C296)

En un contexto de precarización creciente (repentina pérdida del empleo, dificultades para pagar el alquiler, situaciones de calle, parálisis de los trámites de extranjería), y donde además los Servicios Sociales están colapsados y el acceso a prestaciones sociales es en muchos casos inexistente, las asociaciones de trabajadoras desarrollan estrategias para dar respuesta a las situaciones de urgencia económica, social y habitacional. Distribuyen equipos de protección integral entre las trabajadoras, que reciben de organismos públicos; organizan cajas de resistencia a partir de donaciones de entidades, fundaciones, Administraciones y particulares, que destinan a ayudas en el pago del alquiler, distribución de alimentos y productos de primera necesidad (bajo el lema "Cuida a quien te cuida", la asociación Mujeres Migrantes Diversas, por ejemplo, recoge 20.000 euros en tres meses), y realizan coordinación con redes vecinales, fundaciones y otras instituciones. Además, realizan labores de intermediación en

temas habitacionales, para evitar que las trabajadoras sean amenazadas por impago u obligadas a abandonar sus hogares, o duerman en la calle en caso de haber sido despedidas (caso de las internas) y no tener donde vivir:

> Tuvimos que hacer una comisión, porque algunas de las compañeras nos llamaban o nos decían: 'Es que están diciendo que me vaya y yo no tengo dinero para pagar'. Teníamos que llamar a los dueños del piso, decirles que no podían echar a nadie porque estaban prohibidos los desahucios, no se podía sacar a nadie, no se podía cortar la luz, no se podía cortar el agua. Una medida de Estado que se había hecho, pero claro, nos tocó tener que pelearnos con los caseros, hablar, negociar, decir que sí, que iban a pagar ese mes o el mes siguiente, pero que no se podía ir de ahí. (Rafaela Pimentel, Territorio Doméstico, C226)

> Recuerdo el caso de una chica que fue despedida en abril. Ella trabajaba en Majadahonda y era trabajadora interna. Fue despedida, le despidieron a la noche, cuando está totalmente prohibido despedir a una trabajadora interna en horario nocturno. No tenía dónde pasar la noche porque no tenía familiares, no tenía amigas… Toda su red de apoyo estaba en otra autonomía. Entonces tampoco podía ni siquiera viajar porque estaba todo cerrado y tuvimos que buscar todos los albergues en Madrid que estaban llenos porque también tenemos muchos casos de sinhogarismo, ¿verdad? Entonces costó muchísimo conseguirle un espacio. Le conseguimos una casa en Puente de Vallecas para que pase la noche allí mientras, al día siguiente, fuimos maquinando, viendo cómo conseguirle un albergue hasta que le conseguimos. (Edith Espínola, SEDOAC, C219)

Algunos colectivos lamentan la falta de apoyos por parte de las Administraciones, y el hecho de haber recibido durante la pandemia derivaciones de casos por parte de instituciones más fuertes y mejor financiadas. En cualquier caso, y a pesar de las dificultades, han fortalecido sus reivindicaciones políticas. Asociaciones como Mujeres Migrantes Diversas describen este recorrido como una "práctica transformadora" para las mujeres y para la sociedad en general (Carmen Juares, C244).

5.4. SALUD Y CUIDADOS

5.4.1. LA SEGURIDAD LABORAL EN EL TRABAJO DE HOGAR Y CUIDADOS: UNA DIMENSIÓN OLVIDADA

Bajo el imperativo del lema "Quédate en casa" que impuso la irrupción de la pandemia de la covid, el hogar ha sido erigido como el espacio más seguro para protegerse del contagio y contener la propagación del coronavirus. ¿Pero qué sucede cuando el ámbito doméstico constituye el espacio de trabajo? Esta es justamente la situación con la que se han debido confrontar las empleadas de hogar y cuidados a la hora de proteger su salud, la de sus familias y la de las personas que cuidan.

Como ya se ha señalado anteriormente, el carácter doméstico del empleo de hogar y cuidados se encuentra explica el escaso reconocimiento social del que goza esta actividad laboral. Su naturalización, así como su feminización, hacen que no se considere un verdadero trabajo y se halle invisibilizado. Todo ello ha redundado en la histórica desprotección a la que están sujetas las trabajadoras, incidiendo en que nunca se haya prestado realmente atención a la seguridad laboral en esta ocupación a pesar de que comporte unos riesgos específicos para las trabajadoras (AHONEN *et al.*, 2010; HANLEY *et al.*, 2010; OFFENHENDEN, 2017)[16]. Un aspecto que, una vez más, ha quedado trágicamente de manifiesto con la irrupción de la pandemia de la

[16] La persistente exclusión del trabajo de hogar de la ley de prevención de riesgos laborales es una clara muestra de ello.

covid y que tiene su más clara expresión en la total ausencia de protocolos para este sector laboral, aspecto que queremos destacar en primer lugar.

De manera que nos encontramos ante la paradoja que, si bien las trabajadoras de hogar y cuidados fueron catalogadas como esenciales, no han sido objeto de ningún procedimiento especial para proteger su salud ni la de las personas que cuidan. Una contradicción ulteriormente agravada si tenemos en cuenta que de su trabajo depende en buena medida el bienestar de un colectivo clasificado como de especial riesgo frente al virus, esto es, el de las personas ancianas y personas adultas en situación de dependencia.

La falta de protocolos específicos para esta actividad laboral se ha traducido en la práctica en la aplicación discrecional de las medidas de protección recomendadas a nivel general para toda la población, siendo este el único repertorio de medidas disponibles, tanto para quienes trabajan como para quienes emplean. Como resumió una trabajadora: "De la información de la tele yo sabía lo que tenía que hacer" (Laura, 60 años, Honduras, residencia regular, trabajadora interna con contratación formal, C132).

El resultado, como es fácil de esperar, ha sido que las medidas de protección adoptadas han quedado subordinadas a los "arreglos" privados que hayan podido alcanzar las partes que conforman la relación laboral, en sintonía con la escasa regulación que caracteriza a esta ocupación. Unos arreglos que, además, en no pocas ocasiones han adoptado la forma de una imposición de la parte empleadora, en este caso muchas veces representada por los/as familiares más cercanos de la persona cuidada, dentro de una relación desigual y jerárquicamente estructurada, donde la trabajadora ocupa la posición más débil.

Los datos que hemos podido recoger apuntan a una multiplicidad de situaciones, casi tan amplia como la cantidad de hogares donde se emplean las trabajadoras, donde las medidas de protección adoptadas frente a la covid han variado según la información manejada, la percepción subjetiva del riesgo y en relación con ello, la implementación de unas prácticas según lo que se ha considerado más o menos adecuado.

En todo caso, sea cual sea la situación, los testimonios de las trabajadoras transmiten un fuerte sentido de responsabilidad frente al riesgo de contraer la covid. Se sienten responsables de proteger su propia salud, la de sus familias, pero también de velar por la de las personas que cuidan, que son percibidas como especialmente frágiles y con quienes es habitual que, además, establezcan vínculos afectivos. Pero también, tal como veremos más adelante, proteger la salud de la persona cuidada ha devenido en una estrategia fundamental de protección del empleo para asegurar su supervivencia material, en ocasiones a costa del bienestar personal de las trabajadoras y con importantes repercusiones para su salud.

De manera que, es en el marco más amplio de las profundas desigualdades sociales sobre las que se estructura el trabajo de hogar y cuidados que debemos situar el análisis de cómo se ha gestionado la salud laboral en el contexto de la pandemia y, en relación con ello, los efectos que ha tenido en la salud de las trabajadoras. Son de hecho las condiciones estructurales en las que se producen y reproducen las vidas de las empleadas de hogar y cuidado, especialmente aquellas vinculadas a las condiciones laborales y de extranjería, las que constriñen su capacidad de acción y nos permiten comprender las prácticas que han desplegado (o aceptado) para proteger y para protegerse de la covid. De ello nos ocuparemos en primer lugar, para luego pasar a revisar el impacto que la pandemia ha tenido en la salud de las trabajadoras.

5.4.2. DEL RIESGO AL CONTAGIO AL RIESGO DE PERDER EL TRABAJO: LAS MEDIDAS DE PROTECCIÓN EN EL TRABAJO DE HOGAR Y CUIDADOS

El miedo a contagiarse de la covid está presente en las narraciones de muchas de las trabajadoras. Sin embargo, la falta de protecciones laborales y sociales en este sector laboral, supone que el temor a quedarse sin ingresos pueda ser mayor al del contagio. Es por ello que mayoritariamente las trabajadoras intentaron privilegiar poder seguir trabajando.

No debemos olvidar que en ocasiones las trabajadoras pueden ser consideradas como personas en situación de riesgo frente a la covid por padecer determinadas afecciones, tales como asma o hipertensión, por mencionar algunas de las que hemos podido relevar. O también puede darse el caso de que sean responsables del cuidado de personas de su propia familia que se encuentran en situación de riesgo. Pero a pesar de todo ello, debemos decir que sus esfuerzos han estado mayoritariamente orientados a mantener sus empleos. Como dijo Ondina: "yo sabía que había un riesgo que podía coger el coronavirus, pero claro, la necesidad te hace, no sé si más fuerte o más vulnerable, no lo sé" (Ondina, 33 años, Honduras, con residencia regular, trabajadora interna y externa sin contratación formal, C015).

Con la declaración del confinamiento domiciliario, y en los meses sucesivos, ante la disyuntiva de trabajar o proteger la propia salud, son realmente escasos los testimonios de trabajadoras que han optado por quedarse en casa. Estos casos coinciden con los de mujeres, generalmente de origen español o extranjeras con muchos años de residencia en España, que no son las únicas responsables de la manutención de sus hogares y que realizaban tareas de limpieza en la modalidad por horas. De todas maneras, se trató de una suspensión temporal del empleo, circunscripta únicamente a los meses de confinamiento total.

La ambigua posición de la trabajadora en el hogar ha sido ampliamente estudiada en la literatura especializada. Construida como parte de la familia, entraña de todas maneras una otredad. La trabajadora es un otro íntimo (LAN, 2003), en la medida que se entabla una relación que necesariamente será próxima, ya que está circunscripta al ámbito doméstico, con una persona que es percibida por la parte empleadora como social, y en ocasiones también, culturalmente distante. Su otredad la hace apropiada para desempeñar su trabajo, pero asimismo encarna un peligro latente de contaminación (ANDERSON, 2000), generando todo tipo de temores y tensiones.

Los contactos que, en un determinado contexto social son considerados peligrosos, expresan una visión general de la vida social, reflejando sus jerarquías (DOUGLAS, 1973; 1996). En este sentido, la entrada de la trabajadora en el hogar exige que las tensiones y temores que ocasiona sean negociados. En dicha negociación participan ambas partes de la relación laboral, pero indefectiblemente quien emplea tiene mayor poder. Es mediante un conjunto de prácticas que cotidianamente despliegan los y las empleadoras (en relación, por ejemplo, a la comensalidad, el uso de los espacios o la vestimenta) que se construye y sostiene la diferencia y distancia social con la trabajadora (GORBAN, 2012; LAN, 2003). Todos aspectos que en el contexto de la pandemia se han visto exacerbados.

De las entrevistas emerge que la parte empleadora ha construido a las trabajadoras como un posible factor de contaminación. De hecho, en esta construcción se fundamentan buena parte de las prácticas que revisábamos en el apartado anterior, que llevaron a las/os empleadoras/as a prescindir de los servicios de la trabajadora o, en su defecto, a imponerles el confinamiento en el lugar de trabajo.

La percepción de que constituyen un potencial elemento de contaminación también ha sido asumida por las trabajadoras, que en base a los testimonios que hemos podido recoger, han

extremado las medidas de seguridad a fin de poder continuar trabajando, protegiendo su salud, la de las sus familias y la de las personas que cuidan.

En lo que respecta específicamente a los equipos de protección individual (EPI) en el lugar de trabajo, subrayamos el hecho que la Administración no haya considerado la necesidad de proveerlos ni tampoco establecer directivas con relación a su uso, recayendo completamente la responsabilidad en las personas empleadoras y trabajadoras. Siendo esta la situación general, en algunos casos la parte empleadora se ha preocupado de proporcionar los EPI o, en su defecto, ha asumido su coste delegando la responsabilidad de su provisión en la trabajadora, en la medida que se considera que forma parte del trabajo de cuidado de la persona anciana protegerla frente a la covid. Así lo explicó, por ejemplo, Jennifer, trabajadora de hogar interna:

> Como ellos me dan a mí un dinero del cual hay que rendir cuenta, yo, como uno le tengo confianza y tengo que cuidarnos a ella y a mí pues, yo compro (mascarilla) quirúrgica y dentro del dinero que ellos dan yo pongo las mascarillas y los guantes que siempre he utilizado por el manejo de la persona que cuido y las mascarillas, y también he comprado yo para utilizar aquí lo que son todos los geles, hidrogel que se tiene que usar para el manejo de aquí de la persona y para andar uno también, uno cuando uno sale y esas cosas. (Jennifer, 48 años, Nicaragua, residencia regular, trabajadora interna con contratación formal, C124)

Sin embargo, lamentablemente, son numerosos los testimonios de trabajadoras que han señalado que han sido ellas las responsables de proveerse de los EPI, de manera total o parcial, evidentemente asumiendo los costes que ello implica, más allá de que sea la trabajadora quien decida utilizarlos o ello devenga de una exigencia de quien la emplea. Algunos ejemplos entre tantos:

> Guantes sí me los ponen, porque ahí los tengo a la disposición, pero las mascarillas no, las mascarillas las pongo yo. Ellos no me lo han dicho, ni me lo han prohibido ni nada. Pero me la pongo yo por mi salud y por la salud de ellos. (Mara, 32 años, Nicaragua, residencia irregular, trabajadora interna sin contratación formal, C135)

> Ellos no me dan el material, pero igual exigen que me proteja. Yo me compro mis mascarillas, mis guantes y mi gel, porque yo sé que, si yo no cuido mi salud, ellos no van a cuidar de ella. Tengo que protegerme, por ella [la persona que cuida] y también por mí, porque yo tengo mi vida y tengo mis familiares y no quiero que a mí me pase nada. (Fernanda, 43 años, Nicaragua, residencia irregular, trabajadora interna sin contratación formal, C311)

En este contexto, es importante resaltar la labor que han realizado los distintos colectivos de trabajadoras del sector. Frente a la falta de EPI en los lugares de trabajo, una de las primeras acciones implementadas ha sido asumir su coste y distribución entre las trabajadoras, todo ello financiado mediante la organización de las cajas de resistencia, al tiempo que se ha exigido a las Administraciones la provisión de este material de protección:

> Lo que hemos hecho nosotros es exigir a la Generalitat que nos de las EPIs para que ninguna de nuestras trabajadoras se quede sin las EPIs, para que ellas puedan tener, puedan realizar su trabajo en condiciones dignas. Bueno, nosotras… lo que más cuidamos es eso, que cada compañera tenga todas las EPIs necesarias para que no puedan tener el contagio. (Roberta, Sindillar/Sindihogar, C296)

Un reclamo que pone sobre la mesa el nivel de desprotección en el que deben realizar su labor las trabajadoras de hogar y cuidados, que recordémoslo nuevamente, son clasificadas como esenciales por los mismos poderes públicos que desatienden las condiciones básicas para que puedan llevar adelante su trabajo de manera segura. Su trabajo es imprescindible, las trabajadoras pareciera que no tanto (PANDEY *et al.*, 2021).

La preocupación por la propia salud, la de sus familiares y la de las personas cuidadas, ha llevado a las trabajadoras a adoptar distintas estrategias de protección. Las mujeres entrevistadas aluden al constante lavado de manos, el uso del gel hidroalcohólico y la desinfección de los alimentos y del mobiliario de la casa. Asimismo, a mantener la distancia social con los miembros de los hogares empleadores evitando en la medida de lo posible todo tipo de contacto, e inclusive intentando no coincidir en la misma habitación o directamente con nadie en el lugar de trabajo. Esto último evidentemente resulta más factible en el caso que se dediquen exclusivamente a tareas de limpieza, siendo mucho más complejo cuando el trabajo requiere atender las necesidades de personas con limitada autonomía personal. Pero aún en estos casos, se extreman al máximo posible las precauciones:

> Pues yo empecé con mascarilla, con doble guante. Entonces cada vez que tocaba… le tenía que hacer a la señora, porque con la pierna no podía hacer nada, entonces cada vez que le aseaba el primer guante fuera, y me ponía otro. Cocinaba, el primer guante fuera, me ponía otro. Y la mascarilla, todo el rato con la mascarilla, claro. Ahora los guantes me los he quitado porque tengo las manos destrozadas de tanto guante y tanto gel. La mascarilla sigo teniendo, sí, sí, sí. (Agurtzane, 20 años, España, trabajadora externa, C112)

Entre aquellas mujeres empleadas en régimen externo que suspendieron su actividad laboral durante los meses que duró el confinamiento, una práctica bastante común fue reincorporarse paulatinamente a sus trabajos, acudiendo a un domicilio por día. Como relató Rhianna (C002), trabajadora externa de origen moldavo, "empecé a trabajar, hago una casa al día para la protección de mí y de las casas. Yo de mi casa me desinfecto, voy allí [en coche], entro y me desinfecto, salgo de allí y a mí casa. Para estar seguros entre nosotros". Es interesante notar además qué dentro de esta estrategia, en ocasiones han priorizado acudir primero a las casas de las personas ancianas, "porque están enfermas, son mayores y necesitaban" (Pina, 47 años, España, trabajadora externa sin contratación formal, C016).

Algunas trabajadoras relataron que ya tenían como práctica habitual cambiarse de ropa y zapatos para trabajar, medida que otras han incorporado de manera voluntaria o por requerimiento explícito de quienes las emplean. También, su esfuerzo se ha orientado a minimizar al máximo sus contactos sociales, limitando además sus salidas y extremando las precauciones cada vez que lo hacen, usando la mascarilla, el gel y lavándose las manos constantemente. Una situación que en el caso de las trabajadoras internas ha mostrado su cara más extrema. Como ya hemos mencionado, muchas de estas trabajadoras han sido obligadas a confinarse en el momento de irrupción de la pandemia. Podemos pensar que, con la declaración del confinamiento domiciliario, la parte empleadora le reconoció a la trabajadora su condición de miembro de la unidad doméstica, ser "como de la familia", a costa evidentemente de sus derechos, ninguneando además el hecho de que la trabajadora pueda tener su propio grupo familiar.

Con la relajación de las medidas del confinamiento, muchas de ellas recuperaron sus días de descanso. Sin embargo, el empeoramiento de la situación epidemiológica a inicios del verano de 2020 ha llevado a no pocas de ellas a volver a la situación anterior. Este es, por ejemplo, el caso de Diana, trabajadora de origen colombiano, sin residencia regular. Su mayor preocupación cuando la entrevistamos (finales de noviembre 2020) era la de no contagiar de covid a la persona cuidada, una señora anciana cuya autonomía personal era muy limitada. Según nos relató, por decisión propia (pero con el beneplácito de sus empleadores) llevaba meses recluida en su lugar de trabajo, sin días de descanso y limitando sus salidas solamente para hacer la compra o ir a la farmacia. Esta situación, sumada al hecho de su reciente llegada a España (a finales de 2019) ha resultado en que viva en una situación de fuerte aislamiento social, aspecto que se le hacía muy pesado de sobrellevar, pero que reconoció que no le quedaba más remedio que aceptar a fin de cuidar la continuación de su relación laboral. En

sus palabras: "tengo que aceptar que es mi trabajo, y si se enferma (la persona que cuido) me quedo sin trabajo" (Diana, 40 años, Colombia, solicitante de asilo, trabajadora interna sin contratación formal, C186).

Nos encontramos, por lo tanto, con mujeres que durante meses permanecen recluidas en sus lugares de trabajo, a fin de proteger la salud de la persona que cuidan, y con ello, proteger también sus empleos. Situación que ha llevado a algunas entidades del sector, como Sindillar/Sindihogar, a hablar de un "autoconfinamiento grupal" de las trabajadoras de hogar internas (Roberta, C296). Si en este régimen de empleo las barreras entre el trabajo y la vida personal ya eran borrosas, favoreciendo los abusos y la explotación laboral, el contexto de la pandemia ha terminado de desdibujarlas por completo.

A todas las medidas de protección que venimos revisando, deben sumarse otras impuestas por la parte empleadora que las trabajadoras perciben como excesivas e inclusive humillantes. La movilidad de las trabajadoras emerge como un elemento que genera especial preocupación y que, en el caso de Graciela (C136), por ejemplo, trabajadora externa formalmente contratada, supuso que su empleadora la encomiase a evitar utilizar los medios de transporte al acudir a su lugar de trabajo: "'no te vengas en tranvía', eso me decía la abuela, la de la mañana, 'por favor, Graciela, vente caminando, no estás muy lejos, aunque te demores no cojas tranvía, mejor camina'". A Eloísa, trabajadora interna en condición irregular, al llegar a su lugar de trabajo, la "rociaban con desinfectante", una práctica que relata como humillante: "era como los campos de concentración, que tenías casi que bañarte afuera, entrábamos lavadas, descalzas. Nos echaban tanta cosa que la ropa se mojaba" (Eloísa, 53 años, Colombia, residencia regular, trabajadora interna sin contratación formal, C310).

Por contrapartida, no son escasos los testimonios que apuntan a que la persona cuidada, los familiares convivientes o los que realizan visitas al hogar, no siempre se protegen adecuadamente frente a la trabajadora. Marisol (C043), por ejemplo, trabajadora por horas de origen boliviano, señaló que a pesar de que ella tomaba todas las medidas necesarias, una de las personas a las que cuida no interrumpió su costumbre habitual de ir por las tardes a tomar café en un bar, apuntando a la "contradicción" que ello conlleva: "entonces, es capaz él de contagiarme a mí el virus. No yo a él". En el caso de Elba (C309), también trabajadora del hogar externa, la obligaron a trabajar con un mono "horrible" que cubría completamente su cuerpo, mascarilla y guantes, mientras que quienes vivían en el hogar no utilizaban la mascarilla en su presencia. Por su parte, Fernanda, trabajadora interna oriunda de Nicaragua en situación jurídica irregular que ya trabajaba siete días a la semana sin días de descanso antes de la pandemia, nos explicó cómo los familiares que acudían a visitar a la anciana de 93 años que cuida no contemplan las más mínimas medidas de seguridad. Una situación ulteriormente agravada por la sensación de no encontrarse en una posición de poder pedirles, y menos aún exigirles, que modificaran su comportamiento:

> Ellos no usan mascarilla. Cuando vienen aquí, lo que yo hago es que me aparto. Yo siento que no les puedo decir a ellos que deben usar mascarilla, cuando es parte de la responsabilidad de ellos. No solo yo puedo traer el virus, lo puede traer cualquiera que entre. (Fernanda, 43 años, Nicaragua, residencia irregular, trabajadora interna sin contratación formal, C311)

En el transcurso de la investigación recogimos también el caso de una trabajadora empleada por un matrimonio de médicos que trabajaban en un hospital. En este caso, estaba contratada para cuidar a los niños, cuatro horas al día. Con el confinamiento le dijeron que ya no podía salir porque tenían miedo de que llevase el virus a la casa, y entonces la confinaron, y le continuaron pagando solamente las cuatro horas. Así se pronunciaba la representante sindical que nos lo explicó: "O sea, que ¿tú estás trabajando en el hospital… y no puedes traer el virus a casa y la persona que está cuidando las criaturas sí que puede? Esto es esclavitud" (Aurora Huerga, representante sindical CCOO, C125*).

5.4.3. EL IMPACTO DE LA PANDEMIA EN LA SALUD DE LAS TRABAJADORAS DE HOGAR Y CUIDADOS

El análisis del impacto de la pandemia de la covid en la salud de las trabajadoras de hogar y cuidados debe necesariamente enmarcarse en la situación estructural de desprotección que caracteriza a este sector laboral, favorecida por la legislación laboral y reforzada por la de extranjería. De las entrevistas emerge que, a nivel general, ha prevalecido la preocupación por proteger la salud de las personas cuidadas, atendiendo además a su especial situación de riesgo por tratarse prevalentemente de personas ancianas, y ha relegado la consideración del bienestar de las trabajadoras. Ello ha comportado que algunas hayan expresado que no se han sentido realmente cuidadas en sus lugares de trabajo: "… si no hubiera sido por dinero, yo me estoy arriesgando y no voy. Porque no te cuidan" (Marisol, 48 años, Bolivia, residencia regular, trabajadora externa sin contratación formal, C043).

A pesar de todas las medidas de protección adoptadas, trabajar en tiempos de la covid evidentemente expone a las trabajadoras a la posibilidad de contraer la enfermedad en los domicilios donde están empleadas. Para ellas, el hogar no siempre constituye un entorno seguro.

Luana, por ejemplo, tuvo la certeza de contraer la covid en su lugar de trabajo. Cuidaba por las mañanas a un hombre de 75 años que fue ingresado en un hospital por causas no relacionadas con el coronavirus. Sin embargo, una vez que el anciano volvió a su domicilio presentó sintomatología y fue reingresado en la unidad de cuidados intensivos. La trabajadora también se contagió. Nos explicó que "el hombre era terco, y nunca quería ponerse la mascarilla", identificando con claridad los posibles momentos en los que ella pudo contagiarse, como al ayudarlo a levantarse de la cama o en alguna ocasión que él tosió. La habitación que alquilaba era pequeña y sin la adecuada ventilación, así que le pidió a su empleadora (hermana del hombre que cuidaba) si podía ocupar el piso mientras el anciano estuvo hospitalizado, a lo que accedió. Luana permaneció aislada, sola en el domicilio, durante dos semanas, con síntomas agudos, como fiebre y ronchas en la piel. Una amiga le dejaba la comida en la puerta. Estando en cuarentena, a pesar de las fuertes dolencias que tuvo, su mayor temor fue la posibilidad de perder el trabajo:

> Me sentía fatal, primero por vivir todo el encierro, segundo por los síntomas. Y pensando mucho… siempre con miedo. Tenía fiebre y estaba sola, me asustaba. Luego, se me pintó el cuerpo de rojo con unas manchas. ¿Y qué va a pasar después? ¿Cómo voy a trabajar? ¿Me van a aceptar en el trabajo? ¿Y ahora qué hago? Eso me causaba ataques de ansiedad; me vinieron unos dolores en la parte de la cara. Era el tipo de ansiedad que yo tenía de ¿qué pasa luego? Él ahora está internado y yo me quedé sin trabajo. ¿Me van a contratar o no? No es tanto la enfermedad, sino el qué pasará después. Tengo que pagar mi habitación, mi comida, mandar a mi hijo a Perú. (Luana, 48 años, Perú, residencia irregular, trabajadora externa sin contratación formal, C076)

No son pocas las trabajadoras que han contraído la covid, y muchas de ellas en el lugar de trabajo. Sin embargo, y a pesar de que en algunos casos los malestares asociados a ello han sido importantes, las consecuencias de la pandemia se expresan sobre todo en el ámbito de su salud emocional y psicológica. Es recurrente en las entrevistas la alusión a estados de cansancio, estrés, depresión y ansiedad, producto fundamentalmente de su precaria condición económica y de la situación de incertidumbre en la que viven.

Lo anterior, debemos señalarlo, puede tener efectos epidemiológicos adversos en el contexto de la pandemia. El temor a quedarse sin trabajo en conjunción con la falta de protecciones sociales, en ocasiones puede inclusive inducir a postergar la decisión de recibir un diagnóstico, realizar una cuarentena en condiciones o esperar a estar recuperada para reincorporarse al empleo. Y ello, más allá de que las trabajadoras se encuentren o no formalmente contratadas.

De hecho, estar de alta en la Seguridad Social no es garantía suficiente para poder gozar de una baja laboral en el trabajo de hogar, siendo un sector en el que prevalece la falta de reconocimiento del derecho de las trabajadoras a atender su salud, quedando subordinada la posibilidad de ausentarse por motivos de enfermedad o de realizar una visita médica a las negociaciones privadas entre la parte empleadora y trabajadora, que cuentan con cotas diferenciales de poder, y donde no siempre rige la lógica de los derechos (OFFENHENDEN, 2017; OFFENHENDEN y VENTURA, en prensa). Esta situación favorece la emergencia de una subjetividad entre las trabajadoras configurada sobre la base de que no pueden desatender las demandas laborales porque ello pondría en riesgo sus ingresos e inclusive la continuidad de la relación laboral[17]. Y ello, no ha cambiado en el contexto de la covid.

Viñeta 5.6. Remedios, conviviendo con la enfermedad y el riesgo al contagio

Remedios (C014) tiene 35 años. Es hondureña y llegó a Barcelona en 2018. En Honduras combinaba el trabajo como locutora de radio y como encargada de una empresa de ropa de segunda mano. Poco tiempo después de su llegada a Barcelona comenzó a trabajar como empleada de hogar. Cuando irrumpió la pandemia, se encontraba empleada en dos hogares: durante la semana cuidaba de una persona de 53 años con síndrome de Down y durante los fines de semana trabajaba en otra casa cuidando de una pareja de ancianos. A partir del 14 de marzo, cuando se declaró el estado de alarma, su situación laboral cambió drásticamente. Dejó de trabajar sin goce de sueldo en la casa de los fines de semana porque la pareja de ancianos prescindió de sus servicios. En cambio, en la casa donde trabajaba durante la semana la obligaron a ella y a otra trabajadora a confinarse bajo la amenaza de que si no lo hacían perderían su empleo. Con el nuevo régimen, le aumentaron su salario, si bien en la entrevista no quiso especificar en cuánto consistió el incremento. Lo aceptó, privilegiando la necesidad de enviar dinero a su familia en Honduras. Por lo tanto, en la casa se confinaron cinco personas en total: las dos trabajadoras, la persona con síndrome de Down, su padre de 92 años y una tercera persona adulta de la familia.

Pocos días después de declararse el confinamiento la persona con síndrome de Down dio positivo de covid. Se la llevaron de la casa por precaución y dos días después falleció. También dio positivo la tercera persona de la familia, a quien también se la llevaron del hogar. En ese momento les proporcionaron EPI a las trabajadoras. El anciano permaneció en la casa, le hicieron la PCR y dio negativo. Significativamente, en ese momento le realizaron el test a todas las personas que componían el núcleo familiar empleador, pero no a las dos trabajadoras que estaban confinadas en el domicilio, a quienes, según el relato de Remedios, las monitorearon telefónicamente desde el Centro de Atención Primaria de salud. Ella no presentó síntomas, pero nunca supo con certeza si se contrajo o no el virus.

En la entrevista, Remedios relató con mucha angustia los días que pasó confinada: "ya empecé a no comer o comía llorando, me despertaba llorando, miraba por un cristal hacia la calle, llorando. Me despertaba miraba al cielo y me decía, '¿será la última vez que voy a ver el paisaje?'. Es una cosa terrible…". Durante el periodo del confinamiento, las trabajadoras nunca salieron de la casa e inclusive les llevaban la comida. Lo vive como un "trauma", y nos contó que no puede salir a la calle tranquila porque tiene miedo a contagiarse. Continúa tomando muchas precauciones y utilizando la mascarilla de forma constante. Lo único que ella quisiera es poder quedarse en su casa. En este sentido expresó que todas las personas deberían poder acceder a las subvenciones sociales para poder permanecer en sus hogares teniendo las necesidades básicas cubiertas.

Ejemplificativo de lo que venimos comentando es el caso de una trabajadora interna regularmente contratada que se puso telefónicamente en contacto con un centro de salud ya que cuidaba a una persona enferma de covid y ella también comenzó a manifestar síntomas (fiebre y diarrea). Como nos narró una profesional del ámbito de la atención de salud primaria, desde el centro de salud se le aconsejó someterse a una prueba y a una revisión médica

[17] Los días no trabajados suelen ser días no pagados o se puede exigir a la trabajadora recuperarlos (que en la práctica es lo mismo). O directamente la trabajadora puede perder su empleo. La persistencia de la figura del despido por desistimiento expone a las trabajadoras regularmente contratadas a una gran vulnerabilidad, agravada por la ausencia de la prestación por desempleo en este sector laboral.

(Marcela, C337). Sin embargo, ella prefirió "esperar unos días" para valorar la evolución de la infección, que finalmente se desencadenó con su ingreso hospitalario en la unidad de cuidados intensivos debido a una neumonía bilateral. Tras conseguir el alta hospitalaria, pero aún con síntomas evidentes de afectación respiratoria, la principal preocupación de esta trabajadora era la de reincorporarse lo antes posible a su empleo ante el temor de perderlo debido a su ausencia. Como expresó otra trabajadora, en este caso irregularmente contratada, mientras se encontraba convaleciente de covid, realizando una cuarentena que se extendió por veinte días, su pensamiento recurrente era: "esta familia no me va a pagar, si yo no trabajo no me va a pagar". Y efectivamente, así fue: "ese tiempo no lo gané, no recibí nada de sueldo. Ha sido agobiante" (Úrsula, 28 años, Nicaragua, trabajadora externa, sin contratación formar, situación administrativa irregular, C114).

Con esto no queremos dar a entender que no haya ocasiones en las que la parte empleadora cumple con la normativa laboral. Yazira (C110), por ejemplo, que se encuentra regularmente contratada como trabajadora externa, pudo gozar de su baja laboral cuando enfermó de covid. Es más, en su caso, quienes la empleaban prefirieron que "estuviera por lo menos una semana más" de las dos que establece la cuarentena para que pudiese "estar bien sana" antes de reincorporarse al trabajo. Sin embargo, este tipo de testimonios son escasos entre las trabajadoras que hemos entrevistado, prevaleciendo ampliamente la percepción de que no es posible ausentarse del lugar de trabajo, aun en caso de enfermedad. Una percepción que tiene buenos fundamentos tal como da cuenta el testimonio de Marisol, trabajadora de origen boliviano, miembro de la asociación NOSOTRAS de Andalucía:

> Sí, ha habido varios casos, varios casos [de trabajadoras con covid] que han perdido el trabajo, lo han pasado muy mal. Sí, ya incluso como a un principio, esto era que han tenido el covid y era como que han tenido una enfermedad grave que parecía que nunca se iba a curar. Decía: 'ya estoy curada, y he dado negativo', y 'sí, pero por cualquier cosa, no vuelva'. (Marisol, 48 años, Bolivia, residencia regular, trabajadora externa sin contratación formal, C043)

De manera que ante el temor que entraña una enfermedad que es desconocida, se prefiere prescindir de la trabajadora, sin tener en cuenta las graves consecuencias que ello tiene en su bienestar. Un miedo al contagio que, como hemos visto, en no pocas ocasiones ha motivado a rescindir la relación laboral (algo que la legislación permite gracias a la figura del desistimiento) aun en el caso de trabajadoras que no han contraído la enfermedad. Afrontar la pérdida de sus empleos o la drástica reducción de sus horas de trabajo en una situación de total desprotección también es señalado como un factor que compromete su salud, como en el caso de Rosi (C221), quien relató tener "ansiedad, mucha ansiedad". Ella está tomando "pastillas" recetadas por su médico, siendo su valoración general que "está todo el mundo igual, casi todas están tomando algo para poder dormir".

La posibilidad de perder el empleo o inclusive la eventualidad de tener que suspenderlo temporalmente debido a un nuevo confinamiento es fuente de mucha preocupación debido a las repercusiones económicas que ello conlleva:

> A veces me desespero, pero bueno, trato de controlar esas emociones, primero porque no quiero transmitírsela a mis hijos, ¿sabes? Yo creo que es más lo económico. Más la preocupación de decir, guau, y si no puedo pagar el alquiler, yo creo que es lo que más me preocupa. (Elena, 41 años, Venezuela, residencia regular, trabajadora externa sin contratación formal, C172)

De ahí la estrategia de privilegiar la continuidad laboral, que ha llevado a muchas trabajadoras internas a confinarse. Entre estas trabajadoras, los largos meses de aislamiento social también hacen mella en su salud. No es rara la alusión a estados depresivos y de ansiedad, con toda su

sintomatología asociada, que el siguiente testimonio de Edith, portavoz de SEDOAC de Madrid, permite resumir con toda su crudeza:

> Tenemos casos de compañeras que no duermen a pesar de estar todo el día trabajando físicamente, porque el empleo del hogar es un trabajo físico muy agotador, casos de mujeres que se le cae el pelo por mechones; otras compañeras han dejado de comer, otras han aumentado de peso por la ansiedad que sienten y, después, tenemos uno de los casos más duros que es la agarofobia que ha desarrollado una compañera. De tanto que se le dijo: 'no salgas porque le puedes contagiar al señor que estás cuidando', ella se quedó como traumatizada con este problema psicológico de que no puede salir a la calle. Entonces, cada vez que va a bajar o a comprar el pan o a comprarse una mascarilla solamente enfrente a la casa, solamente… ha desarrollado unos temblores y una angustia. Se pone a sudar, al punto está casi llorando cuando vuelve a entrar en la casa. Entonces ella no sale directamente. (Edith Espínola, SEDOAC, C219)

Asimismo, es necesario tener en cuenta que cuidar en tiempos de la covid comporta toda una serie de dificultades añadidas que también tienen un fuerte impacto en la salud de las trabajadoras. Algunas de ellas describen los efectos nocivos derivados del uso continuado de los EPI, que pueden producir desde una sensación de ahogo hasta dolores de cabeza o la aparición de llagas o sarpullidos en la boca o manos.

Por otro lado, la adopción de medidas de protección irremediablemente supone una alteración del trabajo de cuidados, viéndose sobre todo afectada su dimensión relacional, ya que se hace necesaria una mayor distancia. Ello, conjugado con los largos meses de aislamiento que pueden llevar las personas cuidadas, comporta un elemento de estrés y agotamiento adicional para las trabajadoras. Así lo relató, por ejemplo, Patricia, trabajadora interna que cuida de una anciana afectada de demencia:

> Por ratos se le va la mente. Esconde las cosas y luego se enfada porque no las encuentra... Yo le cantaba para que estuviera tranquila, bailaba con ella, pintaba… Se agobiaba: 'tengo que ir al centro [de día]…' Se levantaba. La hija la llamaba cada día y le explicaba. En el momento lo entendía, y luego se le olvidaba. Y me preguntaba: '¿Cuándo voy a salir? ¿Cuándo voy a ver…? Yo no veo a nadie, estoy sola', y lloraba. Yo también he sentido agobio. (Patricia, 49 años, Perú, residencia irregular, trabajadora interna sin contratación formal, C077)

Los efectos del encierro, la suspensión de las visitas por parte de la familia y el tedio de una cotidianidad que trastoca todos los hábitos adquiridos, son todos factores que han repercutido en la salud de las personas ancianas. Una situación ulteriormente agravada en los casos de aquellos/as que sufren afectaciones cognitivas severas que limitan su comprensión de todos estos cambios, incluida la necesidad de utilizar los EPI y un mayor distanciamiento en el trato cotidiano. De esta situación pueden derivar fuertes discusiones o comportamientos agresivos, que inclusive dan lugar a episodios de maltrato hacia la trabajadora. Amparo, relata que ha tenido que "hacer frente a lo que llamaría, sin ninguna experiencia médica, brotes de demencia con agresividad". Ella lo atribuye a los efectos que ha tenido la experiencia de confinamiento en la salud de la anciana de 91 años que cuida, a quien "se le está yendo la cabeza", junto a las dificultades añadidas que supone la falta de contacto físico y el uso de la mascarilla:

> Es que la situación, pues la dificultad de comunicación, ella su mayor problema es la sordera. Al trabajar con mascarilla pues la comunicación tiene problemas… y la falta de contacto físico, pues antes nuestro contacto cuando la veía le daba un beso la despedía con un beso, si se me ponía brava la daba un movimiento, un apretón. Esas técnicas que me funcionaban estupendamente pues claro ahora con la pandemia no es posible. Y para mí, mi sensación eso ha cambiado nuestra relación, su forma de estar, la veo más desorientada. Yo sí creo que la pandemia, en esta edad, son 91 años los que tiene. Si la ha afectado. Y claro de rebote yo también tengo que confesar que en algunos momentos estoy más irritable o tengo menos paciencia. (Amparo, 63 años, España, trabajadora externa con contratación formal, C111)

Las medidas de seguridad se extreman para proteger y protegerse. Pero estas medidas en ocasiones derivan en nuevas formas de control de las trabajadoras, que encuentran su legitimación en el miedo a ser contagiados por ellas, constituyendo un elemento adicional de estrés laboral y ocasionando la emergencia de distintos padecimientos. En ello, también incide el comportamiento de los/as familiares convivientes, como en el caso de Elba (C309), trabajadora externa sin contratación formal, que ha debido soportar continuos cambios en su horario laboral, suspensiones temporales sin goce de sueldo, la imposición de medidas de protección que consideraba excesivas, la constante presión de la hija de la anciana que cuidaba, además de comentarios de carácter xenófobos. Todo lo cual terminó repercutiendo negativamente en su salud. Comenzó a sentirse "muy mal", le "dolía mucho la cabeza" y "la tensión se [le] subía". Alentada por su marido, finalmente renunció a este empleo a pesar de las consecuencias económicas que esta decisión comportaba, pero su salud mejoró al poco tiempo de dejar su trabajo.

A todo lo anterior, en el caso de algunas mujeres extranjeras, se suma la preocupación por la situación de sus familias en su lugar de origen. Asegurarse de que cuenten con los medios necesarios para poder subsistir es una de sus mayores inquietudes:

> Lo que a mí más me agobiaba era mi familia en Honduras. Si aquí, ha tenido la repercusión que ha tenido siendo un país europeo, no quiero imaginarme mi país... porque claro, allá a parte de la escasez, la pobreza… entonces era más que todo enviarles dinero para que pudieran proveerse de lo necesario para que, para comer, y lo primero que hice cuando aquí se declaró, el estado de alarma, fue hacer un depósito a mi madre, de lo que pude, porque esto se va a poner feo, y a lo mejor ni siquiera voy a poder ir al locutorio para enviarle, entonces se lo mando ahora… allá todavía se puede comprar, pero yo pienso que sí que va a ver desabastecimiento. Y eso es lo que más me cargaba. Y me sigue preocupando. (Marla, 40 años, Honduras, residencia regular, trabajadora interna formalmente contratada, C003)

Asimismo, el temor a que sus familiares puedan enfermar y ellas no puedan viajar, es otra de las preocupaciones que han expresado. Hay que tener en cuenta, además, que la configuración transnacional de sus familias puede suponer, como en el caso de Rihanna, que sus progenitores se encuentren solos/as en el lugar de origen, situación que es causante de una mayor angustia:

> Estaba con contacto con mi madre, con los padres de mi marido, que, por desgracia, los padres de mi marido son mayores y el padre está muy mal y tuvimos mucho miedo para que no se vaya al otro lado y no puedes ni ir. Además, están solos. Que tiene una hermana que está en Chequia y tiene un hermano que está en Rusia y tampoco podía ir ninguno, y nosotros aquí y ellos pobres ahí solos. Y yo a mí madre sola, y mi hermana está en los Estados Unidos, y tampoco ella podía. Entonces tuvimos, este, un poco de miedo por los padres. Y estuvimos en contacto siempre, pero siempre, siempre, nosotros estamos en contacto, llamándolos, a ver cómo están. Claro, ahí la cosa también está muy fea. (Rihanna, 47 años, Moldavia, residencia regular, trabajadora externa sin contratación formal, C002)

Y de igual manera, la posibilidad de morir a causa de la covid lejos de sus familias también es fuente de mucha angustia entre las trabajadoras. Así nos lo contó Remedios (C014), trabajadora hondureña que, como ya hemos mencionado, permaneció confinada en un hogar en el que la covid se llevó la vida de uno de sus miembros: "lo primero que se te viene a la mente es: estoy infectada, yo también. Me voy a morir. Y yo lo primero que me decía: y yo aquí sola, sin mi familia. Me moría de miedo". Malena (C113), también oriunda de Honduras, sin haber vivido una situación tan extrema como la de Remedios, expresó, al tiempo que se le cortaba la voz: "Siento miedo, porque morirme yo aquí y tener mi familia allá lejos es triste para mí". Al igual que Esperanza (C106), quien pasó "muchas noches de ansiedad" sin dormir, "pensando en [su] familia" en Colombia, en la posibilidad que ella muera estando "tan lejos" y no la vuelvan a ver.

Junto al fuerte impacto que la pandemia ha tenido en la salud emocional y psicológica de las trabajadoras, antes de acabar es necesario mencionar que la falta de protecciones sociales ha expuesto a muchas de ellas y, según los casos, también a sus familias, a situaciones de verdadera inseguridad alimentaria, que han sido paliadas en buena parte gracias a las iniciativas ciudadanas y entidades del tercer sector y, en menor medida, los Servicios Sociales, tal como hemos visto en el apartado anterior. Por otro lado, debido a la situación de colapso del sistema sanitario público, también se ha producido un retraso en la atención médica de sus padecimientos, pero en todo caso, esto es algo que va más allá de la situación específica que viven las empleadas de hogar y cuidado. Como también, es poco lo que sabemos sobre las secuelas para la salud de la infección de covid. Algunos testimonios que hemos recogido apuntan a un deterioro en la memoria, dolores de cabeza o la pérdida de capacidades visuales. Pero en todo caso, este es un aspecto que aún queda pendiente de determinar para la población en general.

5.5. VALORACIÓN DEL CUIDADO

5.5.1. EL EMPLEO DE HOGAR Y CUIDADOS COMO TRABAJO ESPECIAL

Las mujeres que hemos entrevistado saben que realizan un trabajo que se encuentra escasamente reconocido y valorado en nuestra sociedad. Ello, a su entender, tiene su más clara manifestación en los escasos derechos y protecciones sociales de los que gozan por ser trabajadoras de hogar y cuidados:

> No te valoran, yo he estado trabajando años… cuidando a personas mayores en una casa. Llega un momento en el que te cansas, y dices: 'esto no va a seguir'. Dices: 'si me voy o me paran [echan], me quedo sin nada'. He estado cambiando de casas, no porque yo he querido, porque se ha muerto la madre. Entonces gracias y no sé qué, muchas veces me han pagado mi finiquito, que casi no es nada. Y adiós. No tienes paro, no tienes nada. (Marisol, 48 años, Bolivia, residencia regular, trabajadora externa sin contratación formal, C043)

Las políticas públicas juegan un rol crucial en la construcción del trabajo de cuidados, contribuyendo a delinear su valoración social, la estructura del mercado laboral y el estatus que tienen las trabajadoras (BODOQUE *et al.*, 2016; RECIO, 2010; RAZAVI y STAAB, 2010). En este sentido, el Estado participa en la construcción del trabajo de hogar y cuidados como una actividad poco valorada, manteniendo su trato discriminatorio con respecto al resto del trabajo asalariado. Si bien con la última reforma de la legislación reguladora se procuró promulgar un régimen más garantista, la premisa de que constituye una relación laboral de carácter especial porque se realiza en el ámbito privado del hogar, redundó en que se continúen limitando los derechos y protecciones para el sector. La persistente exclusión de esta actividad laboral del subsidio de desempleo es vivida especialmente como una injusticia por parte de las trabajadoras, expresión del trato discriminatorio que reciben: "casi 12 años tengo cotizado. Y si nos quedamos… nos hemos quedado ahora sin trabajo. ¿Qué hacemos? A las empleadas de hogar no nos dan nada. No tenemos derecho a nada", argumentaba Doris (C173), trabajadora externa de origen rumano. Esto a pesar de cumplir una función de vital importancia para la sociedad, aspecto del que también son conscientes y que remarca Esperanza:

> Esto es un trabajo como cualquier otro. Como las cosas básicas, porque así sea una empleada de servicio, es que si la mujer no cocina no hay comida cuando se llega a la casa, es que todo, son cosas que son vitales. No es cualquier cosa, es esencial. Y la pandemia ya lo mostró. (Esperanza, 32 años, Colombia, residencia regular, trabajadora interna con contratación formal, C106)

La parte empleadora no es ajena a la escasa valoración social que tiene el trabajo de hogar y cuidados, cuestión que tiene su directa traducción en las precarias condiciones laborales que caracterizan a esta ocupación y que la misma legislación reguladora favorece. Las condiciones laborales ya las hemos analizado en profundidad al inicio de este capítulo, haciendo hincapié en lo que esto ha supuesto en el contexto de la pandemia. De todas maneras, este es un aspecto sobre el que las trabajadoras se han mostrado especialmente críticas. Los bajos salarios que perciben son, a su modo de ver, la más clara materialización del escaso valor que tiene su trabajo. Así lo expresó por ejemplo Diana (C186), trabajadora interna en condición irregular, que gana 900 euros mensuales: "es lo que se paga normalmente pues… cuidando a una abuela", pero "para estar uno metido en una casa todo el tiempo debería de ser algo más".

De las entrevistas emerge que las trabajadoras internas pueden percibir salarios muchos más bajos que el de Diana, situándose en torno a los 600 euros mensuales e inclusive menos. Este es el caso de Ondina, por ejemplo, quien desde su llegada a Cataluña en 2015 trabajó como interna por 540 euros al mes:

> Y el mismo 2015 empecé a trabajar en una casa, a cuidar a una persona mayor. Que cuando yo llegué tenía, creo que 90, 91. Y bueno, pues estuve prácticamente con ellos, bueno un trabajo de interna ¿vale? Y empecé ganando 540 al mes. Estuve cinco años con ellos. Excepto hasta este año en febrero. Porque el año pasado yo logré tener mis documentos en septiembre, que yo ya me quería cambiar de trabajo. Pero yo salí embarazada. Entonces, claro, ellos, supuestamente me harían un contrato, pero no me lo hicieron porque salí embarazada. (Ondina, 33 años, Honduras, residencia irregular, trabajadora interna y externa sin contratación formal, C015)

Tal como da cuenta el testimonio de Ondina, estas situaciones suelen coincidir con las de las trabajadoras extranjeras con pocos años de residencia en España que aún no son titulares de sus permisos de trabajo. Ello determina que "aguanten" condiciones laborales que no consideran justas durante años a la espera, en ocasiones bajo la promesa de sus empleadores/as, de poder tramitar sus permisos.

De todas maneras, la extendida informalidad que caracteriza a este sector laboral no está solamente determinada por la situación de extranjería y es sintomática del no reconocimiento del trabajo de hogar como un "verdadero" trabajo con derechos asociados. Esto es especialmente evidente en el caso del empleo por horas, donde prevalece ampliamente la informalidad en la contratación, aun cuando muchas veces los obstáculos de extranjería no impiden regularizar la relación laboral. La legislación favorece esta situación en la medida que exime a la parte empleadora de la responsabilidad exclusiva de la afiliación y pago de las cotizaciones a la Seguridad Social para las relaciones laborales de menos de 60 horas. Y dadas las escasas protecciones y derechos asociados a su trabajo, las mujeres perciben que no vale la pena asumir el peso económico que significa el pago de las cotizaciones, prefiriendo ahorrar para poder afrontar situaciones como la pérdida de empleo o enfermedad, tal como ha sucedido en el contexto de la crisis creada por la irrupción de la covid, o en su defecto, cotizar en el Régimen General de Trabajadores: "hacemos ese trabajo, pero como yo hay muchas, que no hablo solo por mí, hay muchísimas mujeres que por otro lado están pagando otro seguro o haciendo otros trabajos para poder seguir cotizando" (Toñi, 55 años, España, trabajadora externa sin contratación formal, C137).

Además, cuando las mujeres de origen extranjero obtienen sus permisos de residencia y trabajo, no es raro que se topen con la negativa de la parte empleadora a formalizar la relación laboral. Alicia, quien llegó a Zaragoza en agosto 2019 procedente de Colombia, encontró su primer trabajo cuidando a una señora anciana de 8 a 14 horas por 140 euros a la semana. Con la irrupción de la pandemia, pasó a régimen interno sin ningún día libre, situación en la que seguía cuando se realizó la entrevista (finales de octubre de 2020). Esto supuso un mínimo

aumento en su salario, de 40 euros más a la semana. En el ínterin, pudo obtener su autorización para trabajar como solicitante de asilo. Los hijos de la anciana, si bien manifestaron estar conformes con su desempeño laboral, se negaron a darla de alta en la Seguridad Social. Para ella, esto se debe a que "ellos", sus empleadores, "no le dan valor a [su] trabajo" dado que es fácilmente reemplazable:

> El señor, así como me consiguió a mí, va y consigue otra sin necesidad de hacerle contrato. Porque, así como yo lo hice, hay muchas personas que también lo van hacer, porque están recién llegadas, porque no tienen un empleo, porque están pasando una mala situación. (Alicia, 52 años, Colombia, solicitante de asilo, trabajadora interna sin contratación formal, C087)

A Alicia, como a muchas otras trabajadoras, no se le escapa que al ser un trabajo escasamente valorado se ha transformado en un nicho laboral para las mujeres de origen migrante al que acceden quienes fundamentalmente no tienen otras opciones en el mercado laboral, sobre todo en la modalidad en régimen interno donde los cuidados se realizan de manera más intensiva y en condiciones de mayor desprotección. Como apuntó Mélida: "la sociedad está acostumbrada a que la gente migrada, sobre todo las mujeres migradas que venimos, parece ser que nuestro espacio, el único espacio que tenemos, es el de ser empleada doméstica" (Mélida, 50 años, Ecuador, residencia irregular, trabajadora externa sin contratación formal, C099).

De manera que, en el contexto de un régimen de bienestar familista como el español, caracterizado por la debilidad de las políticas públicas para la atención de la dependencia y donde, además, prevalece la aspiración de envejecer en el hogar (COMAS-D'ARGEMIR, 2017), la intersección entre la legislación de extranjería y la que regula el trabajo de hogar crea las condiciones para que haya una disponibilidad de trabajadoras, en su gran mayoría de origen migrante, que circulan entre diferentes empleos sin ningún tipo de protección y en los que los derechos laborales, por mínimos que estos sean, no siempre se respetan. Una situación que se ha visto exacerbada con la irrupción de la covid. La sensación de ser prescindibles a pesar de los esfuerzos realizados durante la crisis sanitaria para continuar atendiendo las necesidades de las personas que cuidan deja un sabor amargo en muchas trabajadoras:

> Yo voy me arriesgo, yo me compro una mascarilla, no sé cuánto y me cuido, pero no me ha reconocido, no me ha valorado. En un momento dado le dices [a la trabajadora]: 'ya no venga porque mi sobrino se va a hacer cargo [de la persona cuidada], no trabajes'. Entonces no te han compensado el trabajo, te sientes muy… (Marisol, 48 años, Bolivia, residencia regular, trabajadora externa sin contratación formal, C043)

Pagar por el trabajo de cuidados mediante el recurso al trabajo de hogar otorga el poder para delimitar según la propia conveniencia las condiciones laborales en la que los cuidados se llevarán a cabo, así como también brinda la posibilidad de truncar la relación laboral cuando se lo considere necesario, inclusive cuando la trabajadora se encuentra formalmente contratada gracias a la persistencia de la figura del desistimiento informado. La trabajadora de hogar, como señaló Daniela (C209), deviene entonces en "una herramienta más de la que pueden prescindir y sin ningún tipo de garantías. O sea, cuando les viene bien contratan, y cuando no, pues… es que no se toman ni siquiera la molestia de despedirte". Una práctica, apuntalada por la regulación laboral, que la situación de la pandemia ha dejado claramente en evidencia y que contribuye a invisibilizar un trabajo que, a pesar de la importancia social que tiene, no termina de ser reconocido plenamente como tal. Y ello, aún habiendo sido declarado trabajo esencial:

> Si bien es cierto que también otros sectores laborales se han visto afectados por esta crisis, en el caso de las empleadas del hogar no es que se han igualado con el resto de sectores en sufrimiento, no, es que aún más están vulnerabilizadas sobre todo cuando este es un sector

> que durante todo el estado de alarma y en toda la pandemia ha sido considerado un sector esencial que no ha parado en ningún momento porque no se pueden detener o parar los cuidados, es como cerrar hospitales, no se puede hacer eso ¿no? o no se debería hacer mejor dicho. Pues lo mismo con el tema de las personas que cuidan. Entonces es un sector tan, tan, tan esencial, tan importante, que justamente con la pandemia se ha puesto en evidencia lo importante que es, pero en lugar de producirse una concienciación sobre cómo valorar este sector, lo que ha ocurrido es todo lo contrario, se ha desvalorizado aún más, se ha precarizado aún más y sirve de excusa toda esta situación para vulnerabilizar más a las trabajadoras del hogar. (Carolina Elías, SEDOAC, C225)

Las trabajadoras han hecho hincapié en su invisibilidad social en comparación a otros sectores laborales, y muy especialmente el sanitario:

> El valor a nosotras, no nos valoraron, a nosotras no nos valoraron en ningún momento. Valoraron simplemente a los sanitarios. Pero nosotras como trabajadoras, y que pasamos tres meses en el confinamiento las 24 horas del día, solamente para ir a hacer compra, o las que podían ir a hacer compra y las que no pues se las llevaban a las casas, el valor a nosotros en ningún momento nadie nos ha dado valor, nadie. O sea, nosotras somos un cero a la izquierda, todo el trabajo que nosotras hicimos en los tres meses de confinamiento, porque a la fecha ni los políticos ni nadie habla de nosotras. Nadie, o sea, nadie nos menciona, no existimos, no existimos para nada. Esta es la verdad. (Mara, 32 años, Nicaragua, residencia irregular, trabajadora interna sin contratación formal, C135)

Rosi (C221), de manera similar, lamentó que "cuando empezaron tanto run, run, que si los médicos, que sí esto, que sí lo otro, y no sé… nosotras no estábamos, la gente estaba teletrabajando y nosotras ahí yendo obligadas". Una obligación, que como ya hemos mencionado, tuvo mucho que ver con el miedo que tuvieron a perder su trabajo. De allí que Remedios afirmase que:

> Todos los habitantes de España deberían de tener un seguro que les genere ingresos de parte del Gobierno, para que cada persona pueda estar tranquila en su casa sin estar padeciendo de suministros o de lo que es la alimentación. (Remedios, 35 años, Honduras, residencia irregular, trabajadora externa sin contratación formal, C014)

El hecho de que no se incluyese al trabajo de hogar dentro del primer paquete de medidas, a pesar de que se lo calificase como esencial, es sintomático de su invisibilidad social:

> Bueno, y ya conocemos de fondo lo que se mira con todo esto, tanto el Estado decide tomar unas medidas económicas, de crear el primer paquete económico, el primer choque y no tuvieron en cuenta las trabajadoras del hogar, a pesar de que supuestamente estamos haciendo un trabajo indispensable con el tema de los cuidados. Hay cuidados que no se pueden suspender: el cuidado de adultos mayores, personas dependientes, son cuidados que no se pueden suspender, entonces eran cuidados imprescindibles, pero para el Estado a las trabajadoras del hogar no fueron lo suficientemente imprescindibles. (Graciela Gallego, SINTRAHOCU, C220)

Ha sido gracias a la presión ejercida por las entidades, sindicatos y asociaciones del sector que finalmente se aprobó una prestación especial para este sector, que como ya hemos visto, tuvo un limitado alcance, fundamentalmente debido a la extendida informalidad que caracteriza al trabajo de hogar, que se conjuga con la importante presencia de trabajadoras extranjeras, muchas de ellas en situación de residencia irregular, lo cual las expone a una mayor vulnerabilidad e invisibilidad.

5.5.2. LA EXTRANJERÍA COMO MECANISMO DE DESVALORACIÓN DE LAS TRABAJADORAS DE HOGAR Y CUIDADOS

Es ampliamente conocido que la concentración de mujeres extranjeras en el trabajo de hogar, lejos de ser un efecto no deseado de las acciones públicas, constituye una estrategia para satisfacer las necesidades de trabajo reproductivo, que hoy en día se encuentran estrechamente vinculadas a la atención de las personas mayores dependientes. El Estado, mediante las políticas migratorias, interviene reclutando y canalizando a las mujeres extranjeras hacia esta actividad laboral al tiempo que instaura jerarquías sociales, construyendo en base a la nacionalidad de las personas grupos marginalizados de población que no pueden acceder al mercado laboral formal o que dependen para ello de la voluntad de sus empleadores/as (ANDERSON, 2007, 2013), tal como sucede en el trabajo de hogar.

La condición de extranjería deviene de esta manera un elemento que ubica a la trabajadora en una condición de dependencia con respecto a la parte empleadora, abriendo las puertas para las situaciones de explotación laboral y exponiéndolas además a todo tipo de "humillaciones", parafraseando a Ondina, que se expresó de la siguiente manera en relación con su experiencia como cuidadora interna durante cinco años:

> Sobre todo ilegal aquí, la gente se ha aprovecha… Se sufre de todo, porque, humillaciones con las personas que por ser inmigrante, por ser… te toman como nada… como yo le digo a mi amiga, como la chacha de la casa ¿no? Pero en realidad, yo siempre se lo decía al señor que no era la chacha, yo le prestaba el servicio. (Ondina, 33 años, Honduras, con residencia regular, trabajadora interna y externa sin contratación formal, C015)

La obtención del permiso de residencia y trabajo, de todas maneras, no agota la posición subordinada de las trabajadoras extranjeras. Debido al carácter marcadamente laboral de la legislación de extranjería, la presentación de un contrato de trabajo es un requisito fundamental para mantener la regularidad administrativa en el tiempo o realizar otros trámites como la reagrupación familiar. Es el caso de Débora, quien declaró aguantar los malos tratos de su empleadora porque necesita demostrar que tiene una relación laboral para llevar a término la reagrupación de sus hijos:

> También ¿sabes qué me obliga a esto? Que en extranjería para que tu reubiques a tus hijos, porque el asilo no me permite ir a Honduras, me prohíbe regresar, entonces opto por la reagrupación. Para reagrupar a mis hijos tengo que tener contrato, tengo que tener un piso, tengo que tener económicamente una entrada con la que pueda sostener a mis hijos. Tengo que demostrarle a España de que mis hijos no van a hacer una carga para ellos y tengo que demostrarlo con papeles, con ingresos y todo eso. Entonces ¿qué me hace eso? Esclavizarme, empujarme a esclavizarme a ese tipo de trabajo. (Débora, 32 años, Honduras, solicitante de asilo, trabajadora externa con contratación formal, C088)

Lamentablemente, no son escasas las alusiones entre las trabajadoras extranjeras a que soportan situaciones laborales que califican en términos de esclavitud, sobre todo en el régimen interno, pero no exclusivamente. Estas apreciaciones remiten a empleos en los que las trabajadoras tienen condiciones laborales que consideran abusivas, perciben que las exigencias de sus empleadores/as son desproporcionadas y que, además, pueden conjugarse con tratos humillantes de base xenófoba. Así lo relató Laura, una trabajadora hondureña: "piensan que uno es de hierro, que no se cansa, y le exigen y exigen a uno y lo humillan, le gritan" (Laura, 60 años, Honduras, residencia regular, trabajadora interna con contratación formal, C132). Y también Fernanda, trabajadora interna nicaragüense sin residencia regular, que debe lidiar cotidianamente con el constante maltrato de la anciana que cuida:

> A veces, se le pasa un poco la mano, me puede decir que soy maleducada, o sea, me da adjetivos bastante descalificativos. Por ejemplo, si yo le quiero contestar algo, me dice que yo

> no puedo contestar nada. Que yo no puedo decir nada, que ella es la dueña de la casa y que, si yo estoy en su casa, se hacen las cosas como ella dice. Y eso es una manera como de ponerme un cierre en la boca, que no puedo decir absolutamente nada por el trabajo en el que me estoy desempeñando. Es bastante difícil, difícil. Cosas de que uno se las tiene que reservar porque si digo alguna cosa, lo más probable es que me van a despedir y que me van a echar. Como no tengo documentación, pues la verdad es que es triste decirlo, pero le toca aguantar a uno. La verdad es de qué cuando hablo con ella, ella me dice de qué no debo hablar ni decir nada, así me lo dice: 'te quedarás sin trabajo y después ¿qué harás? No tienes para recoger, no tienes para dónde irte'. Por ejemplo, en el caso de la pandemia, me decía: 'Si tú te enfermas, yo tengo a dónde ir a un hospital, pero tú, ¿a dónde vas a ir? Tú no tendrías dónde ir porque no tienes nada'. O sea, que es una manera de minimizar mi persona. (Fernanda, 43 años, Nicaragua, residencia irregular, trabajadora interna sin contratación formal, C311)

Otro ejemplo paradigmático de la falta de valor atribuido, no solo al trabajo de hogar, sino también a las personas que lo realizan, es el de Amina, de origen marroquí, a quien, durante la pandemia, la llamaron para cuidar una persona mayor en un domicilio. Ella ya estaba trabajando en un centro de menores por las noches. Aceptó el trabajo. Los familiares no le dijeron que su familiar tenía covid, de lo que se enteró semanas después: "Yo no tenía derecho a saber que la persona que cuidaba tenía covid [se lamenta]. Los hijos no me dijeron nada. No solo han puesto en peligro mi salud, sino la salud de los niños que estoy cuidando en el centro de menores". Como extranjera y como cuidadora sintió que nadie se preocupaba de su salud (F005).

Es desde la visualización de la trabajadora como una persona necesitada debido a su condición de extranjera que se opera su inferiorización y con ello, su racialización. No importa qué color de piel tenga la trabajadora. La misma se asocia con el trabajo sucio realizado en el hogar, lo que denota su baja condición social y en consecuencia su inferioridad, reforzada por su origen extranjero. Las representaciones que circulan sobre las mujeres migrantes (pobres, con escasa formación, con limitadas oportunidades), aunque no se correspondan con la realidad, las construyen como aquellas más idóneas para emplearse en el trabajo de hogar y constituyen la base sobre la que se erigen las diferencias entre las partes que conforman la relación laboral; todo ello, en función de las concepciones vigentes sobre cómo debe ser esta ocupación (servil, informal, con bajos salarios, horarios intensivos, total disponibilidad) y de percepciones e informaciones que circulan sobre el lugar de origen de las mujeres (ANDERSON, 2000, 2007; GREGORIO, 2007). Lo cual lleva muchas veces a la parte empleadora a pensarse en términos de benefactora:

> Las personas que nos dan trabajo sienten que para nosotros es un privilegio que te den trabajo, aunque nos paguen poco, aunque no nos den vacaciones ni se nos den horas ni días libres y que es un privilegio, y que nosotros más bien tendríamos que pagarles para trabajar para ellos. Es que es así, es así es como yo lo veo, aunque lo traten muy bien a uno, en cierto modo, si uno se da cuenta y lee entre líneas, se da cuenta de cómo le están haciendo sentir porque al final no es una cuestión de… el trato, el trato siempre tiene que ser bueno, es una cuestión de los derechos que uno tiene ¿no? (Marla, 40 años, Honduras, residencia regular, trabajadora interna formalmente contratada, C003)

Evidentemente, no todas las relaciones laborales están marcadas por los malos tratos y también son numerosos los testimonios de trabajadoras que hacen alusión a los vínculos afectivos que se crean con la parte empleadora, en especial, con las personas ancianas que cuidan. Sin embargo, son unos vínculos configurados desde la desigualdad, que pueden contribuir a ocultarla y con ello, a consolidarla, erosionando el carácter laboral de la relación. De allí que el trabajo realizado por estas mujeres obtenga su reconocimiento no en los derechos asociados que conlleva, si no en base a la benevolencia de la parte empleadora, que suele expresarse en la forma de dones de los cuales se espera el contra-don en la forma mucho más

intangible de servicio y disponibilidad. La asistencia con los trámites de extranjería, la regularización de la relación laboral o los regalos en forma de dinero, son ejemplos de estas prácticas que aparecen en las entrevistas. En el caso de Marla (C003), "para Navidad, la señora pone 150 euros en sobres para sus nietos y para la hija y entonces a mí también (…). Y para mi cumpleaños me regala 100 euros, también". Marla aprecia estos regalos. Sin embargo, ello no quita que viva como una injusticia estar formalmente contratada y cotizando por media jornada a pesar de trabajar en régimen interno, y haber tenido que permanecer en su lugar de trabajo durante meses cuando se declaró el confinamiento. De allí que categóricamente afirme: "eso que dicen ellos" que "eres de la familia, yo nunca me lo he tragado".

Apelar a la relación afectiva constituye un mecanismo que activa la parte empleadora para evadir los derechos de las trabajadoras. En el ámbito doméstico, las fronteras que delimitan lo familiar con lo laboral se difuminan. Es desde esta indefinición que se construye el cuidado cuando se realiza mediante el recurso al trabajo de hogar, dando lugar a una enorme flexibilidad también en relación con las actividades que comprende.

Viñeta 5.7. Esperanza, la extranjería como elemento de inferiorización

Esperanza (C106) es una mujer colombiana de 33 años que llegó en 2016 al País Vasco, donde trabaja de interna cuidando a una señora de 92 años. Tiene permiso de residencia y contrato de trabajo, pero sus condiciones laborales, que ya eran duras, empeoraron con el confinamiento cuando, ante la amenaza de perder el trabajo si no se confinaba, perdió el día y medio libre a la semana que tenía. También han intentado rebajarle el sueldo con la crisis, a pesar de que la pensión de la señora cuidada se mantenía igual. "Ellos me quieren hacer ver que yo antes tengo que estar agradecida con ellos por mantenerme el trabajo y por pagarme", cuenta Esperanza. Además de la dureza que supone vivir sin poder tener un tiempo ni un espacio propio, Esperanza siente que su trabajo no es valorado: "Ese escuchar que alguien te diga, es que limpias sobre limpio, es que tú no haces nada, es que eres la princesa de la torre, es que te la ganas muy fácil. Y te das cuenta que cuidas a esta mujer con cariño, con respeto que jamás, si yo les quisiera robar algo yo se lo podría robar, si le quisiera robar algo en la tarjeta se lo puedo robar, ella ni cuenta se va a dar, y yo no lo hago, no le quito ni un céntimo a esta mujer y la cuido con cariño, la cuido, le compro, voy le busco lo que quiere, como le gusta, todo. Así como con una dedicación y ese ser tan malagradecidos y luego escuchar las conversaciones de ella con las hijas donde lo pintan a uno como lo peor, entonces esas cosas duelen".

Desde el punto de vista de Esperanza: "este es un trabajo que, aunque uno dé todo lo mejor de sí mismo, uno es desvalorado continuamente, constantemente lo hacen sentir a uno como un esclavo, como una cosa". A Esperanza se le rompió la voz cuando nos contó sobre las noches sin dormir por la ansiedad que pasó durante los meses de confinamiento pensando en sus familiares en Colombia, que dependen del dinero que ella les puede enviar cada mes: "uno piensa… la familia tan lejos y si me muero, y que ya mi familia no me vuelva a ver, que quién se queda aquí, quién hace la gestión para que mi mamá se quede con el dinero, bueno todas esas cosas que uno piensa. Porque yo no tengo a nadie aquí". Toda la situación le generó unos niveles de estrés muy altos, que le provocaron picores por todo el cuerpo: "Ahora, hoy en día, es que me veo las marcas [de rascarse] y sé que fue el tiempo de confinamiento". El impacto sobre su salud mental llegó a niveles tan alarmantes que por mediación de una asociación recibió durante un mes y medio acompañamiento psicológico telefónico del programa ADI del Gobierno Vasco.

5.5.3. LA INDEFINICIÓN DEL CUIDADO EN EL TRABAJO DE HOGAR: UNA ULTERIOR FORMA DE DESVALORIZACIÓN

La escasa regulación del empleo de hogar no solamente favorece la discrecionalidad en relación con las condiciones laborales en la que se realiza el trabajo de cuidados, sino que también contribuye a la indefinición de las actividades que comporta. A diferencia de lo que sucede en el ámbito institucional o en los servicios de atención domiciliaria, donde las actividades de cuidado están más pautadas y se cuenta con figuras profesionales diferenciadas para realizar las tareas de atención y de limpieza, cuando se contrata a una empleada de hogar,

en términos generales, se espera que se ocupe de todo. Ello, a los ojos de las trabajadoras, constituye una ulterior forma de desvalorización de ellas y de su trabajo.

Las trabajadoras hacen hincapié en la complejidad que entraña el cuidado de las personas ancianas, exigente en términos técnicos, físicos, relacionales y emocionales. Sin embargo, el hecho que se espere que realicen tanto las tareas de limpieza como de atención, contribuye a invisibilizarlo:

> Aquí vas a todo: a limpiar casa, a fregar, a cocinar, a planchar y aparte de eso cuidar abuelos. O sea, que aquí las 24 horas del día estás pendiente de todo, de todo (…). Es una responsabilidad muy grande, porque cuidar a personas mayores no es nada fácil a como se lo pinta. Hay que tener mucha paciencia y mucho carácter para cuidar a una persona mayor. No es lo mismo trabajadoras del hogar a… pero aquí se le incluye todo: casa y abuelos. (Mara, 32 años, Nicaragua, residencia irregular, trabajadora interna sin contratación formal, C135)

Cuidar en el trabajo de hogar significa no solamente lavar, vestir, acompañar al médico, proporcionar medicamentos y pasear con la persona anciana, sino que generalmente también comprende cocinar, lavar y planchar ropa, limpiar y comprar. Los recursos económicos de los que disponga la parte empleadora puede influir (aunque no siempre) en el nivel de especialización del trabajo, ya que puede suceder que se contrate a más de una trabajadora y que las mismas asuman tareas diferenciadas. También es cierto que el régimen de contratación condiciona la (in)definición de las tareas a realizar. En la modalidad externa, cuando las mujeres están empleadas solamente unas horas a la semana en un domicilio, es común que solamente realicen trabajo de limpieza, a diferencia de lo que sucede en la contratación en régimen interno. De todas maneras, resulta extremadamente difícil establecer distinciones netas y las entrevistas dan cuenta de una variabilidad muy amplia de situaciones.

Además, aún en los casos en los que las trabajadoras solamente se encarguen de la limpieza del hogar, ello no excluye que realicen una tarea de acompañamiento de las personas ancianas que viven solas, que consideran no está suficientemente valorada y cuya importancia ha quedado de manifiesto durante la pandemia debido al fuerte aislamiento social que han sufrido las personas mayores. Sus constantes llamadas telefónicas a las trabajadoras durante el periodo de confinamiento lo confirman. Y cuando, en cambio, no se interrumpió la relación laboral, "ha habido casos de decir, cerrar la puerta y no se ha abierto hasta que no has vuelto a entrar tú", como relata Toñi (C137), trabajadora externa de origen español.

El hecho de que el trabajo no esté pautado en función de las tareas a desempeñar ni existan parámetros objetivos para definirlas, limita el control que las trabajadoras tienen sobre el mismo. Elena ha visto cómo su trabajo se ha ido modificando en los últimos meses, pasando de centrarse en la atención a una mujer mayor a focalizarse más en las tareas domésticas:

> E: La hija de la señora le daba la comida a la mamá, intentaba adelantar cosas para que yo hiciera otras cosas en la casa, ya no era que yo la cuidaba a ella y la atendía solo a ella, sino que también tenía que pasar la aspiradora a toda la casa, pasar la fregona… O sea que ya no era solo la señora.
> P.M: O sea, te fue cambiando las tareas que hacías para que hicieras más la limpieza de la casa.
> E: Exactamente.
> P.M: Y eso en principio no era lo que tú tenías acordado.
> E: No, claro que no.
> (Elena, 41 años, Venezuela, residencia regular, trabajadora externa sin contratación formal, C172)

En las entrevistas son recurrentes las referencias al hecho de que no se respeten los pactos inicialmente establecidos en relación con las tareas a realizar, aspecto sobre el que las trabajadoras se muestran especialmente críticas. Se las contrata para atender a una persona

anciana, pero luego, en la práctica, las exigencias se pueden modificar o ampliar de manera desmesurada, llegando a casos extremos, como el que relató Mara. Cuando la emplearon, debía ocuparse de una señora anciana, "tenía que estar al pendiente de eso. Pero ya estando ahí, el trabajo se acumuló, creció como una esponja. Era todo. Eran los hijos de la abuela, eran tres hermanos mayores, de sesenta [años]". Mara tenía que "limpiar la casa que era de tres plantas, alistar el desayuno, la comida y la cena. Lavar y todo lo demás" e inclusive, "dedicar[se] a los huertos, a los conejos, a los perros, a los gatos..." (Mara, 32 años, Nicaragua, residencia irregular, trabajadora interna sin contratación formal, C135). En su caso renunció. Sin embargo, hay otras trabajadoras que admitieron que es algo que deben tolerar, sobre todo debido a la situación de crisis creada por la pandemia, que limita ulteriormente sus posibilidades de empleo. Así lo expresó Agurtzane: "es que lo que hay…, ahora no hay trabajo, ahora es un momento… es verdad que ahora no te puedes quejar de nada porque no hay casi trabajo" (Agurtzane, 20 años, España, trabajadora externa, C112).

Como hemos visto a lo largo de estas páginas, son innumerables los testimonios sobre cómo se han modificado las exigencias a las trabajadoras en el contexto de la crisis sanitaria en función de las cambiantes necesidades de la parte empleadora, tanto en lo que respecta a sus condiciones laborales como a las tareas que deben llevar adelante. Las reglas del cuidado no están definidas y su construcción tiene lugar en la intimidad de los hogares. Frente a la falta de recursos públicos, las familias, a veces con recursos económicos limitados, se ven en la situación de resolver cotidianamente las necesidades de atención de las personas ancianas recurriendo al trabajo de hogar. Sin embargo, ello se realiza a expensas de las trabajadoras, cuya labor de cuidados, justamente por realizarse en ámbito doméstico no es valorada ni reconocida. Tal como ha señalado Carolina, presidenta de la Asociación de Empleadas del Hogar y Cuidados de Zaragoza:

> Muchas familias no tienen muchos recursos también, no tienen otra forma tal vez, no tienen como pagar una residencia, o sea no pueden asumir dos salarios, incluso ni uno, un salario para una trabajadora en condiciones dignas. Pero es que eso no puede cargarse sobre nosotras, no es responsabilidad nuestra. (Carolina García, Asociación de Empleadas del Hogar y los Cuidados de Zaragoza, C166)

5.6. DEMANDAS Y REIVINDICACIONES DE LAS TRABAJADORAS: "SI SOMOS ACTIVIDAD ESENCIAL, NUESTROS DERECHOS TAMBIÉN LO SON"

5.6.1. ACTIVISMO POLÍTICO DESDE ABAJO

En los últimos quince años, distintos colectivos de mujeres migradas en el conjunto del territorio español han venido impulsando demandas y reivindicaciones para la mejora y dignificación de las condiciones laborales del sector del empleo de hogar, así como para una modificación de la ley de extranjería. Han promovido campañas por la ratificación del Convenio 189 sobre trabajo decente para las trabajadoras del hogar de la OIT (incluida la marcha de 2015 a Bruselas para exigir sus derechos en el Parlamento Europeo), han denunciado la inacción de la Inspección de Trabajo frente a los abusos cometidos por agencias intermediarias y familias empleadoras, han presentado informes técnicos denunciando los abusos sexuales cometidos contra las trabajadoras, han protagonizado encierros por la derogación de la ley de extranjería[18] y han realizado comparecencias en parlamentos autonómicos denunciando la persistencia de la informalidad y las múltiples violaciones de la legalidad. Además, han reivindicado ser incluidas en la mesa de negociación sindical, cuando

[18] *Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social* (BOE núm. 10, de 12/01/2000).

no han creado sus propios sindicatos independientes (como Sindillar/Sindihogar, en Barcelona). A raíz de la pandemia, las reivindicaciones de los colectivos se han fortalecido, incidiendo en la contradicción que ha supuesto en tiempos de la covid, ser reconocidas como trabajadoras esenciales, pero sin derechos.

Desde que empieza la pandemia y se decreta el estado de alarma las trabajadoras han estado activamente combativas, reforzando las alianzas entre los distintos colectivos y haciendo presión ante las Administraciones públicas: emiten comunicados de prensa, remiten peticiones al Gobierno central, piden reunirse con representantes de la Administración y salen a la calle para reivindicar sus derechos. Una acción importante ha sido la constitución del Grupo de Acción Política de Trabajadoras de Hogar (GAP), integrado por once colectivos de trabajadoras de hogar y cuidados distribuidos por todo el territorio español[19]. Destaca también la creación del SINTRAHOCU, el primero a escala estatal, cuya génesis se sitúa en unos talleres de sensibilización impartidos en el Centro de Empoderamiento de las Trabajadoras del Hogar y los Cuidados en el distrito de Usera, en Madrid, promovidos desde SEDOAC. El sindicato nace de un proceso de trabajo compartido entre distintos colectivos de todo el Estado y surge de la "necesidad de ser las portavoces de nuestras propias reivindicaciones, no subordinadas a ninguno de los grandes sindicatos, y dotarnos de un instrumento para poder llegar a sentarnos en la mesa de negociación"[20].

Una primera acción que emprenden asociaciones y colectivos es la denuncia por haber sido olvidadas en el paquete de medidas que anuncia el Gobierno para afrontar la situación económica de la población afectada por el coronavirus, pese a haber sido reconocidas como trabajadoras esenciales[21]. Poco después de anunciarse tales medidas, SEDOAC emite un comunicado en que lamenta y denuncia que "no hubiera medidas directas dirigidas a las más de 630.000 empleadas del hogar que trabajan en España"[22]. En dicho comunicado solicitaban: 1) poder acceder, como el resto de trabajadores que cotizan a la Seguridad Social, a la baja para el cuidado de menores, y recibir exenciones fiscales como población especialmente afectada por el coronavirus; 2) que se adopten medidas proteccionistas para el 30% de las trabajadoras que trabajan en la economía sumergida, sin discriminar su situación administrativa; 3) que se dictaminen medidas específicas para las trabajadoras de hogar que se encuentran ya de por sí desprotegidas en el sistema especial del empleo de hogar, que incluyan equipos de protección adecuados con protocolos para evitar el contagio como ocurre con el personal sanitario y medidas para facilitar el desplazamiento. Estas demandas son compartidas por el conjunto de colectivos, quienes emiten comunicados similares con el objeto de denunciar y visibilizar la desprotección histórica del sector y las consecuencias que ello está teniendo sobre las trabajadoras y sus familias.

En una petición elevada al Gobierno central, los colectivos de trabajadoras denuncian tal exclusión y vuelven a exigir medidas urgentes de protección social para el sector. En esta petición advierten que:

[19] Los colectivos integrantes son: Asociación de Trabajadoras y Trabajadores del Hogar de Sevilla; Asociación Nosotras por los Cuidados y Empleo de Hogar (Granada); Asociación SEDOAC (Madrid), Asociación ATH-ELE (Bilbao); Sindillar/Sindihogar (Barcelona); Asociación Emplead@s de Hogar y Cuidados (Navarra); SINA (Bilbao-Bizkaia); Asociación Malen Etxea (Zumaia); Grupo de Trabajadoras de hogar de Santiago de Compostela; Grupo de Trabajadoras de hogar de SOS Racismo de Gipuzkoa; Bidez Bide (Gipuzkoa).

[20] "Trabajadoras del hogar y cuidados constituyen el primer sindicato a nivel estatal: Sintrahocu", (16 de octubre 2020), *Europa Press*, Enlace.

[21] *Real Decreto Ley 8/2020, de 17 de marzo, de medidas urgentes extraordinarias para hacer frente al impacto económico y social del COVID-19* (BOE-A-2020-3824).

[22] Comunicado emitido el 18 de marzo por la SEDOAC: "Las medidas del gobierno contra el Coronavirus dejan atrás a las empleadas del hogar", Enlace.

> En la situación difícil que atravesamos, seguimos cuidando a las personas que lo necesitan, y en demasiadas ocasiones sin la protección necesaria para protegerse y protegernos de un posible contagio. Lo que tal vez aún no conocen son las graves consecuencias que, además, la crisis sanitaria está teniendo sobre nuestras condiciones laborales: a no pocas internas, el confinamiento nos obliga a permanecer en las casas en las que trabajamos, cumpliendo jornadas interminables sin descansos. Además, muchas estamos asumiendo una mayor carga de cuidados. A muchas se nos obliga a acudir a nuestros empleos, a riesgo de perderlos si nos negamos, sin garantizarnos protección alguna; a otras se nos imponen esos días como vacaciones que después perderemos y otras muchas estamos siendo despedidas de un día para otro, sin derecho a la prestación por desempleo y sin poder acogernos a las medidas aprobadas para el conjunto de trabajadores y trabajadoras. (…) Las aproximadamente 200.000 trabajadoras sin contrato de las cuales un porcentaje importante estamos en situación irregular, seguimos cuidando en situación de absoluta vulnerabilidad, incluso para transitar por la vía pública para acudir a nuestros empleos, sin poder contar con el certificado de desplazamiento por motivos laborales. No podemos entender que los sectores más vulnerables sean los que se encuentren hoy más expuestos a la precariedad, a la exclusión y al contagio y ni siquiera se nos considere en las medidas extraordinarias de protección[23].

Piden "derechos no reconocidos" hasta el momento para cumplir con el lema del Gobierno de "no dejar a nadie atrás", entre los que citan: el reconocimiento de la prestación por desempleo para las trabajadoras de hogar y cuidados, "único sector excluido de este derecho"; "abolición del desistimiento para evitar el despido libre"; "medidas especiales de protección para las trabajadoras en situación administrativa irregular"; "medidas de control sobre el régimen de internas para evitar que el confinamiento se convierta en reclusión en sus puestos de trabajo". También exigen "garantías para el disfrute del derecho al cuidado de sus propias familias en igualdad al resto de trabajadoras/es"; "inclusión del sector en la provisión de equipos de protección individual para evitar la propagación del contagio"; "integración inmediata en la ley de prevención de riesgos laborales"; y "habilitación de medidas excepcionales para la suspensión de las cuotas de cotización a la Seguridad Social de los y las empleadoras laboralmente activos/as afectados/as por la crisis del covid, o, de aquellos/as que se hayan visto obligados a realizar nuevas contrataciones para reforzar los cuidados en época de confinamiento, de modo que se eviten sobrecostes que conlleven nuevos despidos o reducción de salarios".

Tras una fuerte movilización de las trabajadoras, el Gobierno aprueba el 1 de abril de 2020 el subsidio extraordinario para empleadas de hogar, por reducción de jornada, suspensión temporal de contrato, despido o fallecimiento del empleador[24]. El subsidio empieza a tramitarse el 4 de mayo, finalizando la presentación de solicitudes el 21 de julio, un mes después de la finalización del estado de alarma. Si bien necesario, el subsidio no solo llega tarde (el proceso de solicitud se habilita un mes y medio después de declarado el estado de alarma), sino que, como bien denuncian los propios colectivos de trabajadoras, deja fuera a un número elevado de trabajadoras, aquellas que carecen de contrato formal o que han sido despedidas antes del 14 de marzo: "Es la política de siempre con respecto al empleo de hogar, es la vieja normalidad. Una parte del trabajo no está reconocido: es el que hacen trabajadoras migrantes en situación irregular y trabajadoras sin alta en la Seguridad Social"[25]. Lamentan que se hable de ayudas y no de derechos, por la falta de reconocimiento y valorización social que ello supone para las trabajadoras.

[23] Transcripción de la carta de adhesión que fue circulada por diferentes redes sociales.

[24] *Real Decreto Ley 11/2020, de 31 de marzo, por el que se adoptan medidas urgentes complementarias en el ámbito social y económico para hacer frente al COVID-19* (BOE-A-2020-4208).

[25] Comunicado emitido por el GAP en julio de 2020, Enlace.

Además, y a diferencia de otros reales decretos dirigidos al resto de sectores laborales que han tenido carácter urgente y han supuesto una agilización de los trámites para acceder a las prestaciones, en esta ocasión se estipula un plazo de un mes para establecer el procedimiento. El mismo 1 de abril, desde la Asociación de Trabajadoras de Hogar ATH-ELE, y avanzándose a los que serían los puntos críticos y más cuestionados del subsidio, exigían: 1) que se abriese de inmediato la vía para solicitar el subsidio al Servicio Público de Empleo Estatal (SEPE), estableciendo un procedimiento claro y accesible tanto para las trabajadoras como para la parte empleadora; 2) que los efectos de la prestación se refiriesen al comienzo real de la suspensión, reducción o despido motivados por el coronavirus; 3) que se estudie cada caso para no dejar a nadie atrás, y que la Inspección de trabajo se implique para asegurar que la parte empleadora colabore entregando los documentos requeridos; 4) que la administración se implique, incluida la Inspección de trabajo, para asegurar que la cobertura del subsidio alcanza el período integro de la situación de despido; 5) y que los subsidios se calculen sobre la base de cotización que se corresponde con las horas que cada trabajadora tiene declaradas, aunque sus empleadores hubieran estado cotizando sobre bases inferiores[26]. Exigen que se garantice desde lo público el acceso de todas las trabajadoras a la solicitud de las prestaciones que les corresponden.

En esta misma línea apunta el comunicado de prensa que una trentena de asociaciones de mujeres migradas de todo el territorio español emite ese mismo día, y en el que reclaman la medida como un "logro de la sociedad civil organizada por unos derechos que no están en cuarentena"[27]. Si bien se muestran esperanzadas en que la medida constituya un paso definitivo en el reconocimiento del derecho a la prestación por desempleo, para la incorporación plena en el Régimen General de la Seguridad Social y la ratificación del Convenio 189 de la OIT, reconocen la medida como insuficiente. Esta no garantiza la protección de todas las trabajadoras del sector, dado que un tercio de las trabajadoras (aquellas que trabajan sin contrato laboral) quedan fuera de la medida: "Si estas medidas pretenden proteger a los colectivos más vulnerables, es inadmisible que sean las trabajadoras más vulnerables precisamente las que quedan excluidas". Entre otras cosas, denuncian que no se habla de la exoneración de la cuota a la Seguridad Social para la parte empleadora, que si se ha tenido en cuenta para las empresas que tramitan expedientes para la suspensión de contratos y reducción de jornada autorizados en base a fuerza mayor temporal vinculada a la covid. Ello sería un apoyo para las familias empleadoras con niveles de renta más bajos, e ingresos afectados por la crisis actual y como mecanismo de protección a las trabajadoras. Y vuelven a insistir: "Si somos actividad esencial, nuestros derechos también lo son".

Desde mediados de junio de 2020 el GAP inicia una campaña para exigir el pago del subsidio. En julio convoca movilizaciones en todo el territorio español frente a las sedes centrales de la SEPE, para exigir el pago inmediato de los subsidios solicitados[28]. Para entonces (tres meses después de abrirse el plazo de solicitud en mayo de 2020) de las más de 52.000 solicitudes presentadas al SEPE, solamente se habían resuelto un total de 14.000, según asociaciones y sindicatos. En agosto, el Grupo de Acción Política se reúne con el Secretario de Estado y el Director del SEPE[29] para tratar el tema del subsidio extraordinario. Ante la ineficacia en la gestión (tardanza en la resolución de solicitudes; falta de información sobre el estado de las

[26] "Valoración de ATH-ELE sobre el subsidio extraordinario para las empleadas de hogar y cuidados, establecido en el Real Decreto Ley 11/2020", (03 de abril de 2020), *Viento Sur*, Enlace.

[27] Comunicado de prensa, "Luces y sombras del subsidio extraordinario para las trabajadoras del hogar", (1 de abril de 2020), *Ecuador Etxea*, Enlace.

[28] "Trabajadoras del hogar convocan concentraciones para exigir el pago del subsidio extraordinario", (01 de julio de 2020), *andra.eus*, Enlace.

[29] "El Grupo de Acción Política de Trabajadoras de Hogar se reúne con el Secretario de Estado de Trabajo", (26 de agosto de 2020) *Kaosenlared,* Enlace.

solicitudes; falta de claridad en los criterios usados para aprobar o denegar las solicitudes…), solicita al SEPE una solución inmediata, además de una prórroga, ante la previsión de que muchas de ellas pierdan su trabajo durante sucesivas olas de la crisis sanitaria. Además de comprometerse a revisar los puntos señalados, en dicha reunión se les comunica que el Ministerio tiene previsto poner en marcha una campaña de Inspección de Trabajo contra el fraude laboral en la contratación de las empleadas del hogar, campaña que efectivamente se activará en febrero de 2021[30].

Seis meses después de iniciada la pandemia (en octubre de 2020), y ante la evidencia que con la pandemia "se han incrementado los abusos que sufre el colectivo de trabajadoras de hogar y cuidados", 26 asociaciones de trabajadoras del hogar y de la sociedad civil solicitan formalmente ante el registro del Ministerio de Trabajo una reunión con la Ministra de Trabajo para afrontar las reformas necesarias para el colectivo, "aplazadas desde hace ocho años a pesar de las promesas electorales que han hecho tanto PSOE [Partido Socialista Obrero Español] como Unidas Podemos". Entre otras cosas consideran urgente la inclusión de las trabajadoras del hogar en el Régimen General de la Seguridad Social, lo que les garantizaría el derecho al paro y a cotizar realmente por lo que trabajan. Se hacen eco de otras demandas como la urgencia de que se conforme un grupo de expertos para evaluar las condiciones del sector y avanzar en las medidas para equiparar sus derechos con los del resto de trabajadoras, de acuerdo a como estaba contemplado en el Real Decreto 1620/2011 ocho años atrás. Además, se solicita que España se comprometa de forma oficial con los tratados internacionales en esta materia, como el Convenio 189 de la OIT[31].

Ese mismo mes, en octubre de 2020, el GAP celebra en Barcelona el Encuentro Estatal de Acción Política de Trabajadoras del Hogar y los Cuidados, donde se abordan estrategias para seguir reivindicando derechos laborales y tejer redes para avanzar en la incidencia política[32]. Además de incidir en las demandas históricas del sector, subrayan la especificidad del trabajo de cuidado de personas dependientes, "invisibilizado bajo el manto del empleo de hogar", y la necesidad de la diferenciación entre ambos. Este, además, requiere una formación y capacitación específicas. Paralelamente, una veintena de asociaciones y colectivos de mujeres migradas de todo el territorio español, muchos de ellos integrantes también del GAP, publica el documento político titulado: "¡Para no dejar a nadie atrás! Cuidados y violencias: lo que la crisis de la Covid-19 ha puesto de manifiesto en el Estado español"[33]. El documento lo impulsa la Red de Mujeres Latinoamericanas y del Caribe, y es resultado de un trabajo participativo de todos los colectivos, realizado entre junio y septiembre de 2020 (RED DE MUJERES LATINOAMERICANAS Y DEL CARIBE, 2020).

[30] La campaña, activada por el Ministerio de Trabajo, consiste en el envío de 45.000 cartas por parte de Inspección de Trabajo a empleadores que presentan indicios de estar cometiendo un fraude en la contratación. En dichas cartas se recuerda a los empleadores sus obligaciones para con la Seguridad Social y los importes del salario mínimo que deben abonar (como base) a sus trabajadoras. El salario mínimo interprofesional está en los 7,43 euros la hora o los 1.108,33 euros al mes (con prorrateo de pagas extras). Las sanciones por incumplir la normativa laboral en materia de salarios, oscila entre 626 y 6.250 euros. Solo en la primera etapa de la campaña, de carácter informativo a los hogares en los que se detectaban presuntas irregularidades, han aflorado seis millones de euros en salarios impagados a las trabajadoras: 25.366 hogares han regularizado lo que pagaban a sus empleadas tras el toque de atención de la Inspección de Trabajo. Véase: Montañés, C. (2021): "Trabajo lanza una campaña para garantizar que las trabajadoras del hogar cobran el salario mínimo", *El Periódico*, (01 de febrero), Enlace; y Olías, L. (2021): "La Inspección de Trabajo aflora 5,8 millones en salarios mensuales impagados a empleadas del hogar", *elDiario.es*, (05 de abril), Enlace.

[31] "Trabajadoras del hogar urgen al Gobierno a cumplir con su promesa de mejorar sus condiciones laborales", (01 de octubre de 2020), *Europa Press*, Enlace.

[32] "Manifiesto del Encuentro Estatal de Acción Política de Trabajadoras del Hogar y los Cuidados", (octubre 2020), Enlace.

[33] El documento se enmarca en el convenio de colaboración entre la RED Latinas y la Asociación de investigación y especialización sobre temas Iberoamericanos (AIETI), inserto en el programa Derechos de las Mujeres, con el apoyo del Instituto de la Mujer y para la Igualdad de Oportunidades.

5.6.2. DEMANDAS DE LOS COLECTIVOS

El conjunto de demandas concretas que formulan los colectivos de trabajadoras quedan bien sistematizadas en los dos documentos mencionados: el manifiesto del Encuentro Estatal de Acción Política de Trabajadoras del Hogar y los Cuidados, y el documento "¡Para no dejar a nadie atrás!":

1. Acelerar la revisión de todas las solicitudes y el pago inmediato del Subsidio Extraordinario para las empleadas de hogar, así como la prórroga de este, tal y como se ha hecho con los ERTE.
2. Ratificación del Convenio 189 de la OIT sobre trabajo decente para las trabajadoras y los trabajadores domésticos.
3. Fin de la explotación y eliminación del régimen de interna (durante la pandemia, las familias están requiriendo trabajo interno en mayor proporción que antes, lo que supone un retroceso en nuestra lucha contra el régimen de internas).
4. Supresión del Sistema especial del empleo del hogar y su incorporación inmediata al Régimen General de la Seguridad Social (compromiso institucional para el 2021) y en el Estatuto de los Trabajadores, lo que permitirá al sector:
   - Inclusión del Derecho a la Prestación por Desempleo, de acuerdo a lo establecido en el Estatuto de los Trabajadores.
   - Inclusión en la ley de prevención de riesgos laborales.
   - Equiparación total en los tramos de cotización a la Seguridad Social, de acuerdo a lo establecido en el Régimen General de la Seguridad Social. Implica regularizar las situaciones actuales de las cotizaciones por tramos que están por debajo de lo establecido en la ley.
   - La vigilancia y tramitación continua, por parte de la Inspección de Trabajo, de las denuncias recibidas sobre incumplimiento de las obligaciones contractuales y laborales por parte de los y las empleadoras.
   - Ejercicio real del derecho a la sindicalización y a un convenio colectivo que regule las características de nuestro trabajo con una ley de prevención de riesgo laborales que tenga en cuenta las especificidades de este empleo.
   - Protección efectiva frente a toda forma de acoso, abuso y/o violencia sexual en el trabajo.
5. Diferenciación entre trabajo doméstico y cuidado a la dependencia en los hogares, e inclusión de rúbrica correspondiente en el catálogo de profesiones de la Seguridad Social.
6. Considerar a las asociaciones de trabajadoras del hogar como legítimas interlocutoras en la mesa de negociaciones respetando su autonomía en la lucha por condiciones laborales dignas del sector.
7. Reformas legislativas esenciales para la construcción de un sistema legal garantista y respetuoso de los convenios internacionales referidos al sector del empleo de hogar.
8. La adopción de políticas públicas que garanticen el derecho a un cuidado digno de sus ciudadanas y ciudadanos, así como aquellas que garanticen condiciones dignas de trabajo para quienes realizan el trabajo de cuidados. Por una revisión de la Ley de Dependencia, en la que también podamos estar presentes como colectivo implicado.

9. Están de acuerdo con la profesionalización del sector recogida en la Ley de Dependencia a través de la formación (certificado de atención sociosanitaria en domicilio, que será obligatorio a partir de 2022 para poder contratar a una persona con cargo a ayudas de dependencia), pero piden que esta profesionalización se refleje después en las condiciones laborales y económicas y, sobre todo, en que se cree la posibilidad de ser contratadas como algo distinto que empleadas del hogar.
10. Inclusión de criterios sociales que faciliten la contratación pública de servicios de cuidado a la dependencia a cooperativas organizadas por las propias mujeres trabajadoras.
11. Desaparición o transformación de las empresas intermediarias. Estas agencias de intermediación no solo se quedan con un porcentaje de los ingresos de las trabajadoras, sino que además añaden una capa extra de control sobre estas, con la amenaza de ser eliminadas de sus bolsas de trabajo y generan mayor vulnerabilidad en las trabajadoras.
12. Campañas de información sobre derechos laborales y de sensibilización a las familias y la sociedad sobre el valor del trabajo realizado por estas mujeres.
13. Reforma de la ley de extranjería y/o creación de vías de regularización administrativa. En relación con ello: proponen aprobar sin mayor dilación un real decreto de emergencia para la regularización administrativa de las personas extranjeras en España, que garantice que ningún ser humano se quede atrás. Esta demanda forma parte de la campaña: #RegularizacionYa, impulsada durante el estado de alarma junto a otras redes de organizaciones de personas migrantes y del movimiento antirracista.
14. Garantizar el acceso al ingreso mínimo vital a personas migradas en exclusión social, al margen de su situación administrativa y de residencia en el país.

De fondo, emerge una reivindicación histórica de las mujeres migradas: ser reconocidas como agente político, con capacidad de negociación e interlocución con la Administración: "Nos reconocemos como sujetas de derecho legitimadas para posicionar nuestra voz en defensa de nuestros derechos y transmitir nuestro trabajo asociativo (…). Solicitamos que el Gobierno central y los Gobiernos autonómicos y locales nos escuchen y nos reconozcan como interlocutoras válidas en los espacios de decisión política, sobre todo cuando en ellos se dirimen cuestiones que nos afectan de manera directa. Nos reconocemos como ciudadanas de plenos derechos y desde ese lugar ponemos de manifiesto nuestra situación actual y realizamos las demandas que de ella se derivan" (RED DE MUJERES LATINOAMERICANAS Y DEL CARIBE, 2020). El proceso de cambio tan necesario para el sector no puede abordarse sin la participación de los colectivos de trabajadoras de hogar, siendo ellas quienes (en colaboración con el resto de agentes comprometidos) deben abanderar la defensa de sus intereses en los procesos de diálogo social que pueden preceder a un cambio legislativo.

5.7. PROPUESTAS DE FUTURO

Junto a las demandas que las propias trabajadoras realizan para dignificar las condiciones laborales de las empleadas de hogar y cuidados (expuestas en el apartado anterior), en nuestra investigación hemos recogido distintas iniciativas enfocadas a mejorar las condiciones en que se desarrolla el empleo de hogar y/o la asistencia domiciliaria. Entre estas podemos distinguir entre aquellas que se proponen mejorar el modelo ya existente, velando para que la mejora de las condiciones laborales de las empleadas no suponga un coste excesivo para las familias (casos del cheque servicio y de la intermediación laboral justa), y aquellas con un mayor potencial transformador, como es el caso de las cooperativas de trabajo promovidas por las mismas trabajadoras, que ofrecen atención integral a la dependencia en el marco de la economía social y solidaria, y que suponen un reto importante en términos de una eventual

articulación de lo público-comunitario. A continuación, las desarrollamos tal y como nos las han presentado a lo largo de la investigación, en la medida que, más allá de sus alcances y limitaciones, nos ofrecen elementos interesantes para reflexionar en pos de un modelo de provisión de cuidados en el hogar socialmente más justo.

5.7.1. EL CHEQUE SERVICIO

Una propuesta que defienden desde algunos sindicatos es el sistema de cheque servicio, que ya se aplica desde hace más de una década en países como Bélgica o Francia. Se trata de una iniciativa cuyo objetivo último es hacer aflorar la economía sumergida y ofrecer un marco regulador que garantice mayor protección para las trabajadoras empleadas en el hogar. En esencia, consiste en la creación de una empresa pública que ejerce como intermediaria entre las familias y las trabajadoras del hogar. Los pagos se realizan a través de cheques emitidos por el Estado, que factura las horas trabajadas y su correspondiente cotización a la Seguridad Social, además de realizar los trámites de la contratación y evitárselos así al usuario del servicio. Este servicio público garantizaría el cobro de un salario digno, la adscripción al convenio colectivo y derechos sindicales, entre otras mejoras. En otros países el cheque servicio suele ir acompañado además de otras medidas como el pago por parte del Estado de una parte de las cotizaciones a la Seguridad Social, abaratando así su coste para las familias. Desde el sindicato CCOO explican las ventajas del sistema, un servicio subvencionado controlado desde la Administración pública y los agentes sociales, gestionado desde entidades locales (ayuntamientos, consejos comarcales y sindicatos), y que además ofrece a los usuarios del servicio beneficios fiscales por parte del Estado (Aurora Huerga, C125). De alguna manera, vendría a resolver la difícil ecuación de hacer compatibles los derechos de las trabajadoras con las necesidades del servicio. Su implantación, sin embargo, no siempre ha tenido éxito.

Este tipo de iniciativas, ya desarrollada en otros países europeos, se enmarca dentro de la tendencia general de las últimas décadas de expansión de las ayudas a las familias en la forma de transferencias monetarias y/o exenciones fiscales, muchas veces bajo el lema de la libre elección, que casa a la perfección con la ideología neoliberal (RODRÍGUEZ-CABRERO, 2011). Francia es un buen ejemplo de ello, considerada un caso paradigmático del *cash for care* (MORÉ, 2015). Desde finales de los 80 el objetivo político de creación de empleo se desarrolló promoviendo la expansión de los llamados servicios de proximidad, mediante exenciones fiscales, que se entendía ayudarían a fomentar su uso a la vez que reducir la informalidad. De esta manera, se introdujeron en 2006 los cheques empleo servicio universal (CESU), una forma más regulada de acceso al trabajo del hogar, también vigentes en Bélgica (PÉREZ y STALLAERT, 2013). Actualmente, los mismos son utilizados mayoritariamente por los hogares con disponibilidad de recursos económicos y fundamentalmente para la realización de tareas de limpieza. Asimismo, se introdujo la prestación personalizada de autonomía, que es la ayuda más frecuente para personas mayores, subvencionada en función de la disponibilidad de recursos económicos y el grado de dependencia.

5.7.2. EL VALOR DE LA INTERMEDIACIÓN SOCIOLABORAL PARA DIGNIFICAR EL EMPLEO DE HOGAR

La cooperativa Servicios Integrales de Nueva Atención (SINA) en el País Vasco realiza intermediación entre usuarios y trabajadoras con el fin de ofrecer un servicio profesionalizado a los primeros y unas condiciones laborales dignas a las segundas. Para ella, ambas cosas están relacionadas y establece una reflexión entre la relación que existe entre el trato que se da a las mujeres migradas que cuidan a las personas mayores y el trato que reciben las persones mayores autóctonas cuidadas, por parte del Estado y la sociedad. También la Coordinadora para la inserción sociolaboral Anem per feina en Barcelona, miembro de la Xarxa per un treball

de la llar just, promueve una intermediación sociolaboral justa. Ambas aportan una reflexión valiosa en relación a las familias y a las dificultades que también ellas encuentran cuando se ven en la necesidad de contratar una empleada de hogar. Insisten en poner en valor a las familias que a pesar de las trabas administrativas (que son muchas y esta es la queja principal de ambas entidades), han persistido, más aún en pandemia, en la formalización de contratos, tramitación de ayudas y subvenciones, pago de liquidación y finiquito en caso de rescisión del contrato, etc. La Coordinadora Anem per feina pone el ejemplo de una mujer que después de varios años de tener contratada a una trabajadora, y tras decidir trasladarse a vivir a su pueblo natal (decisión que la pandemia acelera) y, por tanto, prescindir de sus servicios, se comunica con la entidad para informarse sobre cómo debe proceder, argumentando que "quiere hacer las cosas bien". Tras calcular la indemnización que le corresponde a la trabajadora, pide un préstamo al banco de 4.000 euros. Su prioridad es "cerrar bien" la relación laboral, cueste lo que cueste.

Desde la Coordinadora insisten en la necesidad de resaltar las trabas y dificultades que encuentran las familias, aun queriendo "hacer las cosas bien". Familias que, convertidas en empresarios, se encuentran ante la dificultad de no saber tramitar contratos, nóminas o bajas laborales y que, por extensión, se han visto desbordadas ante la obligación de tramitar el subsidio extraordinario a la empleada de hogar durante la pandemia:

> No siempre es un deseo de ahorrarse dinero y hacer lo que yo quiera con mi trabajadora. Muchas veces lo que hay detrás de una mala relación laboral es la falta de consciencia y el no saber gestionar una relación laboral. Porque las familias no tienen vocación de empresarios. Y de repente se encuentran con bajas laborales, con la gestión de contratos, con la gestión de nóminas… con cosas que no saben hacer… rellenar los papeles, por ejemplo. Además, se trata de un ámbito muy personal y muy íntimo. Es difícil. No tiene la objetividad que tiene una empresa, o un centro residencial donde hay unas normas comunes. Las familias no saben ser empleadores, pero no necesariamente porque quieran sacar provecho de la trabajadora. (…) La dificultad de las familias que se convierten en empresarios tiene dos cosas: una, la dificultad estricta de gestión, de rellenar el papel, y la otra, la dificultad de relacionarse con una trabajadora en un ámbito que es personal. Ahora estamos poniendo el foco en que la dificultad de la gestión no es una dificultad cualquiera. Es una dificultad seria. Es complicado de verdad. (…) El problema del subsidio es que era difícil de gestionar, difícil de pedir. Aquí tuvimos el caso de una empleadora que me había ido preguntando sobre el trámite, pero que quería hacerlo ella. Yo le dije: 'pásemelo, ya se lo relleno yo y se lo envío, como a los demás', 'no, no, ya lo hago yo, usted me dice y yo lo relleno...'. Pues al final, con este 'usted me dice', puso el sueldo neto en unos meses donde se tenía que poner cero, porque no cobraba nada, y por tanto le ha salido a la trabajadora que no cobra. Le ha llegado la resolución y esto ya no se puede arreglar. Por tanto, ¿qué pasa? Que es difícil. La gente no tiene porqué saber cómo se hace una nómina, cómo se hace una baja médica, cómo se rellena un papel para pedir un subsidio. (Pedro Moreno, Coordinadora Anem per feina, C304*)

En la línea de lo que los propios colectivos de trabajadoras reivindican, piden políticas sociales dirigidas a facilitar e incentivar la contratación por parte de las familias, de manera que la dignificación de las condiciones laborales de las trabajadoras vaya de la mano de incentivos fiscales o ayudas directas a la contratación:

> A nosotros nos llama gente que tiene el deseo de hacer las cosas bien. Lo que hemos visto en estos servicios como Anem per feina o Barcelona Cuida es que muchas familias se han implicado y han acudido a nosotros diciendo que frente a esta situación no dejaban tirada a la trabajadora, sino que se ponían con ella para solucionar la situación. Y por tanto reivindicamos que la transformación del sector ha de ir de la mano de las trabajadoras y de los empleadores, no se trata de una lucha de las trabajadoras contra los contratantes. En todo caso, debería ser una lucha conjunta contra la Administración, contra los que dan el marco legal, o que no facilitan la provisión de cuidados. El sistema social no da una residencia, ni ayuda económicamente a familias que necesitan un cuidado 24 horas. Y este cuidador tiene

> un coste de 3.000 euros. Las familias no pueden pagar esto. (…) Seguro que hay familias explotadoras. Pero hay muchas familias que tienen el deseo de hacer las cosas bien. También ellas se sienten con muchas dificultades, porque esto tiene un coste económico, porque no acaban de encontrar lo que necesitan para su necesidad de cuidado. Aquí topamos con dos vulnerabilidades: la vulnerabilidad de las trabajadoras frente a la ley y la vulnerabilidad de las familias. (…) Ha habido familias que han dicho: 'mira, dejémonos de historias y yo te pago el sueldo. No vengas, te pago el sueldo, y ya te hago yo el subsidio', por decirlo de alguna manera. Otras han dicho: 'de momento te pago y cuando cobres el subsidio ya me lo devolverás'. Cuando ha habido situaciones en las que no se podía pedir el subsidio, porque no se podía pedir siempre, por descontado todas las que no tenían papeles no podían, en muchos de estos casos han seguido pagando. Claro, que aquí llegan los que quieren hacer las cosas bien. Ha habido esta idea de que no es culpa de la trabajadora que no pueda venir. Es muy importante que las familias entiendan que pueden hacer bien las cosas o no. Y lo que es muy importante es darles la opción, darles información y asesoría. No es casualidad que el año del covid nuestro servicio de asesoría se haya disparado. Estamos desbordados. (Belén García, Coordinadora Anem per feina, C304*)

5.7.3. COOPERATIVAS DE TRABAJO E INTER-COOPERACIÓN: PROPUESTAS DESDE LA ECONOMÍA SOCIAL Y SOLIDARIA

En los últimos años se han conformado cooperativas de trabajo por las propias mujeres trabajadoras como proveedoras de servicios de cuidados integrales o para realizar tareas de intermediación (en la forma de bolsas de trabajo), cuyo fin es poder realizar el trabajo doméstico y de cuidados en domicilios fuera del sistema especial del empleo de hogar, bien como socias cooperativistas trabajadoras, bien como trabajadoras contratadas por la cooperativa o en el régimen de autónomas[34]. A veces este fin se persigue bajo la forma de asociación por las barreras de entrada existentes para formar una cooperativa, como es el caso de la Asociación de Ayuda Familiar Eben-Ezer, en Bilbao, quien vela por los derechos de las trabajadoras y da empleo, en su tarea de intermediación laboral con el empleador/a. Las cooperativas que han participado en nuestra investigación (cooperativas Babel, Maitelan y SINA en País Vasco, y cooperativas Mujeres Pa'lante, Clara Ser Gran, Casa Limpia, Més que Cures, SOM AMB TU, Ca l'Abril en Cataluña) coinciden en señalar el valor de un modelo de gestión de atención domiciliaria alternativo, gestionado desde los principios de la economía social y solidaria, que promueve no solo una atención centrada en la persona (ACP), sino también la dignificación de las condiciones laborales de las trabajadoras, generando además espacios de reconocimiento, solidaridad y trabajo colectivo, y ayudando en la promoción de la regularización de las trabajadoras. En este sentido, estas iniciativas tienen un mayor potencial transformador del modelo de gestión de los cuidados.

Es importante relacionar estas iniciativas con las características de las personas impulsoras: mujeres migradas de una cierta edad, con años de residencia en el país y situación administrativa regularizada (a menudo han obtenido ya la nacionalidad española), que han descartado regresar a sus países, que ven que sus cuerpos no aguantarán las condiciones físicas que requiere el trabajo de cuidados en domicilios cuando sean mayores y que dado el régimen especial de las trabajadoras del hogar, no tienen garantizados los cuidados en su propia vejez. Muchas de ellas aportan su formación profesional en otros ámbitos (psicología, administración, trabajo social…), y todas, si no la mayoría, inicialmente combinan la participación en la cooperativa, con otro trabajo en el sector del hogar, trabajando para empresas privadas en el servicio de ayuda a domicilio (SAD), como empleadas de hogar en régimen externo o en el sector limpieza.

[34] En el Capítulo 3 de este informe se ha hecho referencia a dos de ellas, Babel y Maitelan.

Estas iniciativas han recibido apoyo institucional en forma de subvención inicial, apoyo técnico y acompañamiento durante el proceso de conformación, formación y ayudas en especie en forma de material e instalaciones. La supervivencia de estos proyectos cooperativos pasa en gran medida, según las entrevistadas, por poder acceder a procesos de contratación pública de los ayuntamientos y las diputaciones para los servicios de atención a domicilio, aunque hay muchas barreras de entrada en este sector (económicas, pero también no económicas como por ejemplo el requisito del idioma). Se quejan de que las licitaciones están copadas por grandes empresas contra las que es difícil competir (como por ejemplo Aztertzen Servicios Asistenciales en el País Vasco, o Accent Social (Clece), Valoriza (SACYR) y DomusVi en Cataluña). Otra vía abierta es la de generar sinergias con otras cooperativas que ya ofrecen servicios a la Administración, bajo la forma de Unión Temporal de Empresas (UTE).

El modelo cooperativo ofrece ventajas, tanto para las trabajadoras, como para las personas receptoras del servicio (por cuanto se les ofrece un modelo de atención más personalizado). Para las trabajadoras es un modo de salir del sistema especial y beneficiarse de los derechos asociados (bajas laborales, prestación por desempleo, etc.). Supone la posibilidad de una mayor estabilidad y continuidad en el empleo, una mayor capacidad de conciliación, además de participar de un espacio de trabajo colectivo que rompe el aislamiento y produce sinergias positivas de apoyo mutuo y trabajo en equipo. Desde el punto de vista del modelo de atención, su valor añadido pasa por el tipo de asistencia que ofrecen, más centrada en la persona, que incluye una asistencia integral y personalizada, además de un acompañamiento que a veces incluso se prolonga una vez acabado el servicio. El proyecto cooperativo parte de dinámicas de trabajo más participativas. La cooperativa Babel, por ejemplo, antes de la pandemia y durante los años que estuvo funcionando, celebraba reuniones periódicas y mantenía una comunicación fuerte entre las socias, que permitía poner en común las situaciones de cuidado particulares y aportar soluciones para cada caso individual. En caso de baja, unas se cubrían a las otras, de manera que el cliente nunca quedaba desatendido. Destacan también la importancia del vínculo creado con la familia y la capacidad de comprender y acompañar situaciones complejas que requieren abordajes integrales:

> Es como una ayuda más integral, tú conoces a la persona y cuando la conoces y sabes cómo ayudarla, te sientes mucho mejor. A mí me gustaba muchísimo. Y luego, por ejemplo, yo estuve con una señora que al final ya no podía estar en su casa. Entonces, acompañamos en ese proceso a la familia, de pasar de la casa a una residencia, que es muy doloroso para la familia porque es como que te desprendes de tu familiar, y el acompañamiento fue hasta el final. Yo les acompañé en la búsqueda de residencia; la primera visita a la residencia que hicieron, yo las acompañé. Estuve yendo dos semanas enteras con ellas todas las mañanas. El vínculo con las familias es fuerte. Y para mí ha sido como un aprendizaje porque yo sí quiero terminar así. Que me traten así con dignidad, con respeto, como un ente individual, no como un grupo. La psicóloga nos ayudaba mucho en eso, claro. Con toda la experiencia que ella tenía en como estimularlos. Por ejemplo, tuvimos a dos personas con alzhéimer y veíamos como estimularlos, romper esos esquemas que ellos tienen en la cabeza. Y no sé, eso gustó mucho. Y, claro, iba incluido en el precio, era parte del servicio, con el servicio a domicilio que, a lo mejor, si tú lo hubieras buscado aparte, te hubiera costado mucho más caro, pero nosotros nos sentíamos bien y era lo que nos empujaba y lo que marcaba la diferencia más que nada. (…) No vas y cumples con las horas; vas más allá del servicio. Eso gustaba mucho. Y a nosotras también, al ver los resultados en las personas, nos motivaba más a seguir. (Clara, cooperativa Babel, C203)

La cuestión del apoyo mutuo entre las trabajadoras es algo que también destacan las socias trabajadoras, lo cual permite romper con la soledad del trabajo y compartir las dificultades:

> Sí, nos apoyábamos unas a otras también. Si a alguna le era difícil, eso nos ayudaba a decirle: 'mira, si vas por este lado, o lo tratas así o lo tratas asá…', porque a veces tú te cierras. Los mayores, al final…, hay personas que son difíciles, tienen sus problemas. La gente con

> alzhéimer, cuando se les olvida y todo esto. Pues la experiencia de las demás, era muy importante. Yo, por ejemplo, a mí me ayudó muchísimo. La experiencia era súper importante y el apoyarnos las unas a las otras. Al final, nos hicimos muy amigas y era un proyecto en el que nos apoyábamos unas a otras. (Clara, cooperativa Babel, C203)

La práctica de un cuidado integral supone anticiparse a las necesidades de las personas atendidas, y cubrir aspectos diversos que resultan cruciales para el bienestar cotidiano, relacionados, por ejemplo, con la alimentación, el cuidado personal o la capacidad de atender estados emocionales cambiantes. Como señalan desde la cooperativa Maitelan (cuyo nombre en euskera significa, cuidado con cariño), "trabajamos con personas":

> A mí que me gusta este trabajo, pero también me gusta hacerlo bien y cada vez tengo que aprender nuevas cosas. Por ejemplo, ahora decidimos hacer un curso de peluquería porque he visto la necesidad de muchas usuarias que, a veces, por el hecho de que no tienen ascensor para salir a la calle, no salen. Y también es una alegría para ellas estar bien peinadas. Por ejemplo, nuestro trabajo es bien directo, porque yo soy cocinera también de profesión, me gusta si tengo que hacerles la comida que coman equilibrado, depende de la dolencia que tenga o alguna enfermedad como diabetes, entonces tienes que hacer una dieta. Si tienen párkinson o alzhéimer y no pueden ingerir bien los alimentos, entonces todo texturizado. Todas esas cosas tenemos que ir aprendiendo, mejorando, también actualizando porque cada vez se van descubriendo nuevas cosas, nuevas enfermedades que salen. Cuando las personas empiezan a perder las habilidades y todo eso, para ellas es muy triste, es deprimente para ellas. Entonces tienes que estar con ellas incluso, a veces, trabajas como psicóloga para ver cómo le puedes ayudar para que no sufra (…). Trabajamos con personas. Pienso que las trabajadoras también tienen que estar contentas, no tienen que vivir con esas preocupaciones de llegar a fin de mes porque todo eso también acarrea que estén descontentas, que estén de mal humor cuando las personas a las que se atiende también no tienen la culpa. En las residencias se ve mucho eso, que al final las trabajadoras están quemadas y tienen que trabajar a contrarreloj, haciendo una atención muy triste, pero es también porque te obligan a hacer así las empresas. Y es una situación muy conflictiva interiormente porque tú ves lo que demanda la persona a la que estás atendiendo, pero la empresa te exige otra cosa. (…) Necesitamos demostrar a la sociedad nuestra valía como profesionales, poniendo en práctica nuestros conocimientos, nuestra experiencia, nuestra capacidad, empatía y, sobre todo, hacer nuestro trabajo con el cariño que demandan las personas dependientes. 'Que ustedes nos dan cariño', 'tú cocinas como yo'... Cuando te dicen cosas así, te hacen sentir bien. También decimos que debemos luchar conjuntamente por vidas dignas para las personas dependientes y para las personas que asumimos profesionalmente la atención de los cuidados. (Lisa, cooperativa Maitelan, C306).

En el ámbito formativo, la cooperativa Clara Ser Gran, impulsada en Cataluña por una trabajadora social y una terapeuta ocupacional, promueve la formación de trabajadoras, la formación y acompañamiento de equipos profesionales (como residencias y centros de día), así como el acompañamiento a familias, desde una perspectiva comunitaria y transformadora. Ponen en valor la innovación, la atención integral centrada en la persona (AICP), el modelo de ocupación humana (MOH) y el impulso de nuevas maneras de entender el envejecimiento:

> Una parte muy importante de nuestra labor es formar trabajadoras, auxiliares, cuidadoras, desde una perspectiva transformadora de lo que son los cuidados dirigidos a personas mayores. También participamos de proyectos comunitarios. Nosotras promovemos que las personas mayores puedan envejecer en casa, ese es nuestro objetivo, o sea que también se trata de innovar medios, nuevas maneras de entender el envejecimiento. Sabemos que el modelo actual de atención es un modelo que no acaba de dar respuesta a las decisiones ni a las necesidades de las personas. Estamos trabajando mucho a nivel metodológico con nuevas maneras de dar esta atención. Y después hacemos este trabajo con las familias que nos parece muy importante. Nosotros siempre decimos que para planificar un itinerario de cuidado que de respuesta y que garantice una calidad de vida para la persona y para la cuidadora, hace falta toda una intervención desde diferentes niveles... multidisciplinar. Porque los cuidados

> son un hecho muy complejo que requiere de una atención muy pormenorizada. O sea, nosotros también pensamos que… una manera de contribuir a desprecarizar la tarea de cuidado, también es cuidando a las cuidadoras, pero cuidándolas desde lo que nosotras sabemos hacer, que es todo el tema de dar, de generar instrumentos formativos especializados. (Innan Urueta, cooperativa Clara Ser Gran, F001)

El modelo cooperativo topa también con algunas dificultades. Al margen de las cuestiones de financiamiento y falta de apoyo por parte de las Administraciones ya señaladas (entre otras cosas hace falta un capital inicial de 3000 euros), un aspecto que destacan las personas entrevistadas son las dificultades que a veces encuentran estos proyectos para conseguir una cartera estable y suficiente de clientes. Otro tipo de dificultades son aquellas derivadas de generar vínculo y compromiso entre las mismas socias trabajadoras, cuyas expectativas de retorno a sus países de origen o la falta de cultura cooperativista, les impiden ver los beneficios a mediano y largo plazo del proyecto. Poner en marcha estas iniciativas supone un esfuerzo económico inicial por parte de las socias trabajadoras, y además requiere una labor informativa y formativa importantísima:

> Con la pandemia hemos trabajado para poder concienciar también a nuestras propias compañeras que pertenecen a la cooperativa, que muchas de ellas, en realidad, están mirando su interés económico, que es que necesitan llevar dinero a casa y, mientras más dinero puedan llevar, mejor. Y claro, nosotras tratamos de compartir lo difícil que ha sido para nosotras el seguir llevando la cooperativa, en base a miles de postulaciones de subvenciones de nosotras mismas, haciéndonos ERTEs voluntarios para poder pagar otras partes de los salarios de las compañeras. Las chicas, en el fondo, dicen: 'Mira, a mí no me interesa saber cuáles son los problemas de la empresa. A mí me interesa que me pagues mi salario y ya'. Entonces, eso ha sido como la sensación de que cada una está tirando para su lado. Aquí, los espíritus del cooperativismo se contraponen con tanta necesidad. Porque la idea era que todas estas chicas llegasen a ser socias trabajadoras, que formaran parte de la cooperativa tanto en las ganancias como en las pérdidas, pero las chicas no están dispuestas a ir a la pérdida. Porque no es que sean egoístas, es porque es normal. Tienen que mandar dinero a sus países, porque mucha de su gente ha estado enferma también, sin trabajo. Entonces, claro, para ellas no trabajar, es perder. (…) Gente que se ha enfermado porque se cuidan nada. Chicas que son trabajadoras nuestras que enfermaron. Una estuvo enferma dos meses y es porque no se cuidaba. No comía, se paga los sitios de alquiler más baratos, está durmiendo prácticamente en un futón debajo del hueco de una escalera para mandar todo su dinero a Honduras, por ejemplo. Entonces, claro, acabó enfermándose de neumonía por estar en una mudanza a las doce de la noche, que era el horario en que podía. Entonces, todo esto como cooperativa tienes que estar allí, pero la cooperativa se mueve en el mundo del derecho laboral y del derecho tributario pensado para grandes empresas. Entonces, en el fondo, es la misma regla del juego. Por más que tengas una filosofía distinta, este tipo de normativa no se detiene por la pandemia. (Claudia, cooperativa Mujeres Pa'lante, C305)

La pandemia ha afectado seriamente a las cooperativas. En su mayoría se trata de iniciativas jóvenes, que o bien están iniciando cuando empieza la pandemia, o bien empiezan a consolidar su cartera de clientes y a percibir beneficios. Algunas han tenido que liquidar la cooperativa, en espera de que las cosas cambien y mejoren; otras persisten a pesar de las dificultades. En el caso, por ejemplo, de la cooperativa Mujeres Pa'lante (que ofrece un servicio integral de atención y cuidado a domicilio a personas que se encuentran en situación de dependencia, además de contar con un servicio de limpieza, un taller de costura y un equipo profesional de *catering*) perdieron todos sus clientes; en el servicio de *catering* (el más fuerte) pasaron de tener dos a la semana o no tener ninguno. Subsistieron gracias a unos pocos ahorros, y al pago de facturas solidarias durante el primer mes por parte de algunos clientes. En el caso de Babel, los efectos de la pandemia (falta de EPI, necesidades de conciliación familiar, clientes contagiados de coronavirus o ingresados en hospitales, etc.) obligaron a las trabajadoras a reducir al mínimo las horas de servicio y, en la mayoría de los casos, a dejar el trabajo. Durante

el periodo de confinamiento, las trabajadoras siguieron percibiendo su sueldo íntegro, pero pasados estos meses, la falta de ingresos y la imposibilidad de seguir tirando de ahorros obligó a la cooperativa a cerrar. Como cooperativa de atención domiciliaria, no calificaron para ningún tipo de ayuda:

> Yo me lo pensé mucho, porque mi hijo es asmático, pero de los malos, o sea que coge unas crisis buenas. ¡Ah! Otra cosa era, que los críos en casa. Yo aquí no tengo familia ni tengo nada. Mi marido trabajaba y el soporte de la casa es su sueldo, así que yo tenía que estar en casa con los dos críos pequeños para las clases online. Entonces, yo me quedé con un servicio nada más los fines de semana porque era una pareja y sus hijos vivían muy lejos, así que no podían venir. Les dije que me quedaba con el servicio pero que supiesen que no tenía nada para trabajar. De hecho, la de la farmacia de mi barrio me consiguió una caja de guantes y era lo único que yo tenía. Mascarillas no tenían, EPIs no había. Nos llamaron cantidad de mayores que se habían contagiado con el covid. De hecho, me llamó una chica que es jueza aquí en Bilbao y me dijo que me pagaba lo que fuese para que fuera porque su padre, al no estar en la UCI, le habían dado el alta y ella no sabía qué hacer con su padre en casa. Tenía niños pequeños, su madre no podía con él. Dije que lo sentía mucho pero que yo tenía un crío pequeño asmático, su padre ya era positivo y yo no podía trabajar sin nada de material. (Clara, cooperativa Babel, C203).

Desde Coòpolis-Ateneu cooperatiu de Barcelona (Elba Mansilla, F005), sintetizan las principales dificultades y reivindicaciones de las iniciativas cooperativas impulsadas en el marco de la economía social y solidaria, en los términos siguientes: 1) El modelo de contratación de la Administración pública y licitación no permiten su participación: "el valor añadido que nosotros ofrecemos en cuanto a metodologías distintas de intervención, no se pondera igual que la solvencia económica". 2) Existe una relación ambivalente con la Administración pública: por un lado, hay proyectos de acompañamiento a la formación de cooperativas, pero por otro no se destinan recursos económicos a largo plazo que faciliten su consolidación. 3) Una de las principales dificultades en la promoción de estas iniciativas es que tienen que abrirse mercado en solitario: "Tenemos que entrar a luchar". Como principales reivindicaciones: 1) Piden a la Administración pública incentivos a la conformación de cooperativas, pero también cambios a nivel legislativo que les permitan entrar en el negocio, porque siempre están en desventaja (ya hemos mencionado que su supervivencia depende en gran medida de poder acceder a procesos de contratación pública de los ayuntamientos y las diputaciones para los servicios de atención a domicilio). 2) Se quejan que las líneas de subvención que sacan los ayuntamientos suelen ir a parar fundamentalmente a las empresas del tercer sector más consolidadas, aquellas que tienen equipos técnicos más preparados a nivel de solvencia, que están en situación de afrontar los requisitos técnicos y narrativos que implica la gestión de subvenciones; y que tienen, en definitiva, unas capacidades que entidades más jóvenes o con menor recorrido no han adquirido todavía. 3) Exigen también que se las reconozca como interlocutoras válidas y se ponga en valor el factor diferencial que ofrecen.

También desde Coòpolis destacan los objetivos de la inter-cooperación: 1) Forjar una identidad compartida de sector, para romper con el aislamiento y crear estrategias conjuntas. 2) Auto-organizarse para formarse y para resolver colectivamente las necesidades; hacer *lobby* hacia la Administración para impulsar algunas de las propuestas de transformación que se proponen; y al mismo tiempo contribuir a fomentar políticas que respondan a las demandas del sector, siempre desde una posición autónoma. 3) Responsabilizar el estado del sostenimiento del sistema, entendiendo los cuidados como un sector esencial y un derecho básico. No se debe responsabilizar a los proyectos de cooperativos de ser solventes vía mercado, ni se debe colocar a las familias en un lugar de empleadores. Su aspiración es contribuir, desde el sector cooperativo, a un modelo de gestión público-comunitario. Frente a la estrategia de mercantilización que han seguido algunas cooperativas, apuestan por la inter-cooperación. 4)

Parte de la estrategia pasa también por construir una metodología y una narrativa común y reivindicar un espacio propio (Elba Mansilla, F005). Así lo expresan desde una de las cooperativas:

> Hace falta construir una visión común de qué entendemos por cuidados. Nosotras, como las personas de referencia, de las iniciativas de referencia, hemos de reclamar nuestro espacio. En el sentido de construcción de una narrativa común, de unos principios comunes, de lo que entendemos por cuidados, de una formación específica, de un paradigma específico. La transformación del ámbito, desde nuestro punto de vista, solo se puede hacer desde ahí. Por un lado, todo lo que tiene que ver con la reivindicación de derechos, peor también nos interesa vender lo que sabemos hacer. O sea, nosotros no queremos vivir de subvenciones, no queremos estar siempre tuteladas por parte de la Administración pública. Hemos de ser capaces de construir una narrativa y de construir un trabajo de expertas… de decir, nosotros proveemos unos cuidados de gran calidad, garantizamos unos cuidados que tienen estas características y dentro de un marco común que también nos permita visibilizarnos como grupo y como colectivo. Es importante construir metodología, construir narrativa, y construir este sentimiento de vamos juntos ¿no? o sea, estamos juntos con esto con una visión común, y podemos exponer en cualquiera de los espacios también. Nos podemos visibilizar como una alternativa, como un grupo. (Innan Urueta, cooperativa Clara Ser Gran, F001)

5.8. CONCLUSIONES

El trabajo de hogar y cuidados se ha transformado en las últimas décadas en un recurso fundamental para la atención de las crecientes necesidades de cuidado de las personas mayores y adultos dependientes. Hoy en día, las trabajadoras de hogar y cuidados, muchas de las cuales son mujeres migrantes, son un pilar fundamental en el sostenimiento cotidiano del sistema de cuidados. Sin embargo, realizan este trabajo en condiciones de gran precariedad e invisibilidad social. Esta contradicción, que no es más que la expresión de una profunda injusticia social, ha quedado dramáticamente de manifiesto con la irrupción de la pandemia de la covid. Con la declaración del estado de alarma, las trabajadoras de hogar fueron catalogadas como esenciales. No obstante, los mismos poderes públicos que reconocieron la importancia social de su trabajo, olvidaron garantizar las protecciones laborales, sociales y sanitarias básicas para que pudiesen afrontar esta situación excepcional. Las trabajadoras de hogar y cuidados son imprescindibles, pero invisibles. Y esto, lamentablemente, no se ha visto modificado con la pandemia.

En términos generales, podemos afirmar que la crisis sociosanitaria ha tenido el efecto de tensionar los ejes de desigualdad social sobre los que se estructura el trabajo de hogar y cuidados. De manera que si durante la pandemia, las trabajadoras han jugado (y siguen jugando) un rol esencial asegurando el cuidado de las personas mayores y adultos dependientes, el mismo se ha estructurado fundamentalmente a partir de la posición de vulnerabilidad en la que se encuentran, y a costa de su propio bienestar. La situación estructural de desprotección de las trabajadoras de hogar y cuidados, favorecida por la legislación laboral y reforzada por la de extranjería, que viene siendo ampliamente denunciada por los colectivos de trabajadoras organizadas, ha emergido con toda su crudeza en el contexto de la pandemia. Sus condiciones laborales se han precarizado aún más si cabe, llevando al extremo la flexibilidad laboral que caracteriza a esta ocupación y generando un amplio margen de incertidumbre e inseguridad en sus vidas cotidianas.

Las trabajadoras de hogar y cuidados han tenido que afrontar (y adaptarse) a los cambiantes requerimientos de la parte empleadora, ya sea ampliando al extremo su horario laboral para confinarse en su lugar de trabajo o dejando de acudir al mismo de un día para otro. Todo ello se ha producido sin tener en cuenta sus necesidades vitales más básicas, expresión de su cosificación, que no es nueva en el sector, pero que la pandemia ha exacerbado. La obligación

de confinarse puso en jaque el derecho a su vida familiar o a simplemente no vivir para su trabajo. De manera similar, la recisión de la relación laboral de forma abrupta y sin ningún tipo de compensación y protección económica las ha dejado sin los recursos mínimos necesarios para asegurar su subsistencia y muchas veces también la de sus familias.

La extendida exigencia de confinamiento en el lugar de trabajo por parte de los y las empleadoras, presente de manera sistemática en el caso del trabajo interno (pero no exclusivamente), ha llevado al límite la pretensión de total disponibilidad de los tiempos de la trabajadora, que tampoco es nueva, pero que ahora ha encontrado su legitimación en la construcción de la trabajadora como un potencial elemento de propagación del coronavirus. Las mujeres que hemos entrevistado han acatado esta imposición, o en su defecto, se la han autoimpuesto con el beneplácito de la parte empleadora, privilegiando de esta manera la continuidad de la relación laboral, y con ello, la de sus ingresos. Proteger a la persona cuidada del contagio de la covid ha devenido, en consecuencia, en una estrategia fundamental de protección de sus empleos. La falta de protecciones sociales y laborales lo explica. Como también explica el extendido temor presente entre nuestras entrevistadas a perder su trabajo, agravado por la percepción que en la situación de crisis sociosanitaria será mucho más difícil encontrar uno nuevo. Un miedo que se encuentra bien fundamentado, ya que en el caso que así ha sucedido, ha tenido efectos socialmente devastadores. Es por lo tanto desde esta posición de debilidad que las trabajadoras han debido negociar sus cambiantes condiciones laborales, quedando a fin de cuentas todo subordinado a los arreglos privados a los que hayan podido alcanzar con la parte empleadora, tal como sucedía con anterioridad a la irrupción de la covid. La fuerte desregulación del sector y la falta de controles lo favorecen. En este sentido, interesa resaltar que la formalización de la relación laboral no es garantía para el cumplimiento de los derechos asociados, por mínimos que estos sean. Lo cual evidentemente no implica desconocer la posición de extremada vulnerabilidad en la que se encuentran aquellas mujeres extranjeras que no cuentan con sus autorizaciones de residencias y que se ven abocadas a aceptar condiciones laborales que ellas mismas califican en términos de esclavitud.

El hecho que los recursos para atender la pérdida o drástica reducción de sus ingresos económicos como consecuencia de la crisis sanitaria haya dependido de la situación personal de la trabajadora (sus ahorros, las protecciones derivadas de su empleo en otros sectores laborales, su situación familiar, las redes familiares y sociales con las que cuenta), confirma la posición de indefensión en la que se encuentran las trabajadoras. Y deja, además, al descubierto su invisibilidad social y el trato discriminatorio al que históricamente han estado sujetas en comparación al resto del trabajo asalariado, y que ha tenido su continuidad durante la pandemia. Excluidas inicialmente del paquete de medidas de protección social implementadas por el Gobierno tras la declaración del estado de alarma, ha sido gracias a la presión ejercida por los colectivos de trabajadoras organizadas que finalmente se aprobó una ayuda específica para este sector. Sin embargo, tal como los mismos colectivos han continuado denunciando, las ayudas han tenido un alcance limitado. Llegaron tarde, su tramitación ha sido especialmente compleja y además dejaron desentendidas a una parte importante de las trabajadoras: todas aquellas empleadas en la economía informal, dentro de las que se incluyen aquellas que residen irregularmente que, tal como muestra nuestra investigación, constituyen una parte considerable del sector. Ante la falta evidente de acceso a ayudas y prestaciones sociales, el rol de los colectivos de trabajadoras (quienes han organizado cajas de resistencia y puntos de acopio y reparto de alimentos), y de otras organizaciones de la sociedad civil, ha sido fundamental para su sostenimiento material y habitacional, evitando, entre otras cosas, situaciones de calle.

Siendo este el panorama general al que han debido enfrentarse las trabajadoras de hogar y cuidados, el miedo a perder el trabajo ha primado sobre el miedo a contraer la infección de la

covid. Sus esfuerzos se han orientado principalmente a intentar mantener la continuidad laboral, a costa muchas veces de su bienestar personal y con importantes repercusiones para su salud, sobre todo en lo que respecta a la dimensión emocional y psicológica. Es importante aclarar que con esto no queremos dar a entender que las trabajadoras privilegien la obtención de dinero por encima de la consideración de su propia salud y con ello, la de sus familias y la de las personas que cuidan. Es en el marco de las profundas desigualdades sociales sobre las que se estructura el trabajo de hogar y cuidados que debemos comprender cómo se ha gestionado la salud laboral durante la pandemia y en relación con ello, las prácticas y estrategias que estas mujeres han desplegado para protegerse y proteger.

La incertidumbre e inseguridad creada en el contexto de la pandemia se ha hecho carne en los cuerpos de las trabajadoras, con la emergencia de una multiplicidad de padecimientos que muchas veces han experimentado de forma más severa que los malestares causados por la covid que, debemos remarcar, algunas han contraído justamente en sus lugares de trabajo. En este sentido, destacamos la total desatención a la que ha estado sujeto el trabajo de hogar y cuidados en términos de la seguridad laboral en el contexto de la crisis sanitaria, que ha tenido su más claro reflejo en la total ausencia de protocolos para este sector laboral, dando cuenta de su invisibilidad social. Los mismos poderes públicos que han calificado a las empleadas de hogar como esenciales, han desatendido la necesidad de establecer las condiciones básicas para que puedan llevar adelante su trabajo de manera segura, desoyendo además los reclamos de las asociaciones del sector y dejando todo librado a los acuerdos privados que se dan en el marco de una relación laboral donde la trabajadora ocupa la posición de mayor debilidad, máxime si es extranjera y no cuenta con "los papeles".

Podemos pensar que todo lo que hemos revisado a lo largo de estas páginas deriva fundamentalmente de que el trabajo de hogar y cuidados se ha configurado como una solución para atender las crecientes necesidades de atención de las personas mayores y adultos dependientes. Sin embargo, nunca ha habido un verdadero debate social ni político sobre su pertinencia para cumplir esta función. En términos generales, los esfuerzos políticos se han orientado a garantizar la disponibilidad de una mano de obra económica y desprovista de derechos por su condición de extranjería. Los avances legislativos recientes dirigidos a mejorar las condiciones laborales de las trabajadoras han privilegiado que dichos cambios no supongan un coste adicional para las familias, intentando de esta manera no romper el frágil equilibrio en el que se sustenta el recurso al empleo de hogar para atender las necesidades de cuidado. Ello en un contexto general de retroceso de la inversión pública en materia de atención a la dependencia como consecuencia de las políticas de austeridad aplicadas en la gran recesión.

Urgen políticas decididas a dignificar las condiciones laborales del empleo de hogar, que garanticen el ejercicio efectivo de derechos de las trabajadoras, que aborden la mal resuelta cuestión de extranjería, y que avancen paralelamente al desarrollo de políticas de apoyo a las familias, sin generar antagonismos entre el derecho a ser cuidado y el derecho a un trabajo digno. En este sentido, conviene también tomar en cuenta, y en su caso apoyar, las iniciativas impulsadas por las propias trabajadoras que tratan de sacar del sistema especial la atención integral domiciliaria y proponen un modelo de atención centrado en la persona, donde trabajadora y persona atendida salen beneficiadas. Es hora de hacer efectiva la tan manida expresión de poner los cuidados en el centro y, con ello, situar también en el centro a las trabajadoras de hogar y cuidados.

5.9. BIBLIOGRAFÍA

AHONEN, Emily Q.; LÓPEZ-JACOB, María José; VÁZQUEZ, María Luisa; PORTHÉ, Victoria; GIL-GONZÁLEZ, Diana; GARCÍA, Ana María; RUIZ-FRUTOS, Carlos; BENACH, Joan y BENAVIDES, Fernando G. (2010): "Invisible work, unseen hazards: the health of women immigrant household service workers in Spain", *American Journal of Industrial Medicine*, 53, 4, 405-416.

AMBROSINI, Maurizio (2015): "Employers as a "care managers": contracts, emotions and mutual obligations within Italy's invisible welfare system", en Anna TRIANDAFYLLIDOU y Sabrina MARCHETTI (eds.), *Employers, agencies and immigration. Paying for care*, Burlington, Ashgate, 17-34.

ANDERSON, Bridget (2000): *Doing the dirty work? The global politics of domestic labour,* New York, Palgrave Mcmillan.

— (2007). "A Very Private Business: Exploring the Demand for Migrant Domestic Workers". *European Journal of Women's Studies*, 14(3), 247-264.

— (2013). *Us and them. The Dangerous Politics of Immigration Control*. Oxford: Oxford University Press.

BENERÍA, Lourdes (2008): "The crisis of care, international migration, and public policy", *Feminist Economics,* 14, 3, 1-21.

BETTIO, Francesca y PLANTENGA, Janneke (2004): "Comparing care regimes in Europe", *Feminist Economics*, 10, 1, 85-113.

— ; SIMONAZZI, Annamaria y VILLA, Paola (2006): "Change in care regimes and female migration: the care drain in the Mediterranean", *Journal of European Social Policy*, 16, 3, 271-285.

BODOQUE, Yolanda; ROCA, Mireia y COMAS-D'ARGEMIR, Dolors (2016): "Hombres en trabajos remunerados de cuidado: género, identidad laboral y cultura del trabajo", *Revista Andaluza de Antropología*, 11, 67-91.

BOFILL-POCH, Sílvia (2018): "Changing moralities: rethinking elderly care in Spain", *The Australian Journal of Anthropology*, 29, 2, 237-249.

— (2021): "Joint struggle for care and social reproduction in Spain: contested boundaries and solidarities", en Frances PINE y Haldis HAUKANES, *Gender, reproduction, regulation: gender, intimacy and mobility in the era of hardening borders*, Manchester University Press, 123-140.

— y MÁRQUEZ, Raúl (2020): "Indefensión, injusticia y merecimiento en el colectivo de trabajadoras del hogar: análisis de casos judicializados", *Etnográfica,* 24, 1, 225-244.

— y MÁRQUEZ, Raúl (2021): "Perjuicios de un trabajo especial: la falta de acceso a la justicia en el empleo de hogar y cuidados en España", en Dolors COMAS-D'ARGEMIR y Sílvia BOFILL-POCH (eds.), *El cuidado de mayores y dependientes: avanzando hacia la igualdad de género y la justicia social*. Barcelona: Icaria.

BORRELL, Mònica (2015): *El servei domèstic a la ciutat de Barcelona, 1900-1950*, Tesis doctoral, Universitat de Barcelona.

BRIONES, Erica; AGUDELO, Andrés; LÓPEZ, María José; VIVES, Carmen; BALLESTER, Fernando y RONDA, Elena (2014): "Percepción de las mujeres inmigrantes del servicio doméstico sobre los efectos de la regulación del sector en España", *Gaceta Sanitaria,* 28, 2, 109-115.

COLECTIVO IOÉ (2001): *Mujer, inmigración y trabajo*, Madrid, IMSERSO, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

COLEN, Shellee (1995): "'Like a mother to them': stratified reproduction and West Indian childcare workers and employers in New York", en Faye GINSBURG y Rayna RAPP (eds.), *Conceiving the new world order: the global politics at reproduction,* Berkley, University California Press, 78-102.

CONSTABLE, Nicole (2004): "Filipina Workers in Hong Kong Homes: Household Rules and Relations", en Barbara EHRENREICH y Arlie HOCHSCHILD (eds.), *Global Women. Nannies, Maids, and Sex Workers in the New Economy*, New York, Holt Paperbacks, 115-141.

COMAS-D'ARGEMIR, Dolors (1995): *Trabajo, género, cultura. La construcción de desigualdades entre hombres y mujeres*, Barcelona, Icaria.

— (2017): "El don y la reciprocidad tienen género: las bases morales de los cuidados", *Quaderns-e de l'Institut Català d'Antropologia,* 22, 2, 17-32.

— (2019): "Cuidados y derechos. El avance hacia la democratización de los cuidados", *Cuadernos de Antropología Social*, 49, 13-29.

DÍAZ-GORFINKIEL, Magdalena y MARTÍNEZ-BUJÁN, Raquel (2018): "Mujeres migrantes y trabajos de cuidados: transformaciones del sector doméstico en España", *Panorama Social*, 27, 105-118.

DOUGLAS, Mary (1973): *Pureza y peligro. Un análisis de los conceptos de contaminación y tabú*, Madrid, Siglo XXI.

— (1996): *La aceptabilidad del riesgo según las ciencias sociales,* Barcelona, Paidós.

ESCRIVÁ, Ángeles (2000): "¿Empleadas de por vida? Peruanas en el servicio doméstico de Barcelona", *Papers: Revista de Sociología*, 60, 327-342.

FAUVE-CHAMOUX, Antoinette (2004): *Domestic service and the formation of european identity. Undestanding the globalization of domestic work, 16th-21st Centuries*, Bern, Peter Lang AG.

FULLADOSA, Karina (2015): "Sindicalismo: continuidad o ruptura. Reflexiones compartidas en torno a la acción colectiva con las trabajadoras del hogar y el cuidado", *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 5, 2, 62-95.

GALLO, Ester y SCRINZI, Fracesca (2016): "Outsourcing elderly care to migrant workers: the impact of gender and class on the experience of male employers", *Sociology,* 50, 2, 366-382.

GIL, Sandra (2006): "Construyendo otras. Normas, discursos y representaciones en torno a las mujeres inmigrantes no comunitarias", en HARRESIAK APURTUZ (ed.), *Mujeres migrantes, viajeras incansables*, Bilbao, Harresiak Apurtuz, 11-24.

— y GONZÁLEZ-FERNÁNDEZ, Tania (2014): "International migration, public policies and domestic work. Latin American migrant women in the Spanish domestic work sector", *Women's studies international forum*, 46, 13–23.

GOLDSMITH, Mary (2013): "Los espacios internacionales de la participación política de las trabajadoras remuneradas del hogar", *Revista de Estudios Sociales*, 45, 233-246.

GOLDSTEIN, Donna M. (2003): *Laughter out of place. Race, class, violence, and sexuality in a Rio Shantytown*, Berkley, University of California Press.

GORBAN, Débora (2012): "Empleadas y empleadoras: tensiones de una relación atravesada por la ambigüedad", *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 140, 29-48.

GREGORIO, Carmen (1996): *Sistemas de género y migración internacional: la emigración dominicana a la comunidad de Madrid,* Tesis doctoral, Universidad Autónoma de Madrid.

— (2007): "'Trabajando honestamente en casa de familia': entre la domesticidad y la hipersexualización", *Estudios Feministas,* 15, 3, 699-716.

— (2017): "¿Por qué hablar de cuidados cuando hablamos de migraciones transnacionales?", *Quaderns-e de l'Institut Català d'Antropologia*, 22, 2, 49-64.

HANLEY, Jill; PREMJI, Stephanie; MESSING, Karen y LIPPEL, Katherine (2010): "Action research for the health and safety of domestic workers in Montreal: using numbers to tell stories and effect change", *New Solutions,* 20, 4, 421-439.

HOERDER, Dirk; VAN NEDERVEEN MEERKERK, Elise y NEUNSINGER Silke (2015): *Towards a global history of domestic and caregiving workers*, Leiden, Brill.

INTERNATIONAL LABOUR OFFICE (2013): *Domestic workers across the world: global and regional statistics and the extent of legal protection,* Ginebra, ILO.

LAN, Pei-Chia (2003): "Negotiating social boundaries and private zones: the micropolitics of employing migrant domestic workers", *Social Problems*, 50, 4, 525-549.

MAHÍA, Ramón (2021): "Los efectos del COVID-19 sobre la inmigración en España: economía, trabajo y condiciones de vida", *Anuario CIDOB de la Inmigración 2020* (enero de 2021), 68-81.

MÁRQUEZ, Raúl y BOFILL-POCH, Sílvia (2020): "De redistribución y reconocimiento: acusaciones penales, vulneración de derechos y reclamos de justicia en el trabajo del hogar y los cuidados", en Mikel ARAMBURU y Sílvia BOFILL-POCH (eds.), *Crisis y sentidos de injusticia: tensiones conceptuales y aproximaciones etnográficas*, Barcelona, Edicions Universitat de Barcelona, 79-97.

MARTÍNEZ-BUJÁN, Raquel (2014): "¡El trabajo doméstico cuenta! Características y transformaciones del servicio doméstico en España", *Migraciones,* 36, 275-305.

MARTÍNEZ-VEIGA, Ubaldo (1995): *Mujer, trabajo y domicilio. Los orígenes de la discriminación,* Barcelona, Icaria.

MAZZUCATO, Valentina (2009): "Informal insurance arrangements in Ghanaian migrants' transnational networks: the role of reverse remittances and geographic proximity", *World Development,* 37, 6, 1105-1115.

MESTRE, Ruth (2005): *Feminisme, dret i immigració: una crítica feminista al dret d'estrangeria*, Tesis doctoral, Universitat de València.

MONTEROS, Silvina (2019): "El empleo de hogar como campo de batalla: breve historia de los movimientos de las luchas en España", *AFIN*, 111.

MORÉ, Paloma (2015): *La organización social de los cuidados a personas mayores en Madrid y París: de la domesticidad a la profesionalización en la intersección género, clase y etnicidad*, Tesis doctoral, Universidad Complutense de Madrid, Enlace.

NÄRE, Lena (2013): "The ethics of transnational market familism: inequalities and hierarchies in the Italian elderly care", *Ethics and Social Welfare,* 7, 2, 184-197.

OFFENHENDEN, María (2017): '*Si hay que romperse una, se rompe'. El trabajo del hogar y la reproducción social estratificada*, Tesis de doctorado, Universitat Rovira i Virgili.

— y BODOQUE, Yolanda (2018): "'Leur travail, c'est s'occuper de mon père'. Care managers, travail à domicile et soins des personnes âgées", *Revue d'Ethnologie Française*, 48, 3, 489-502.
— y VENTURA, Laia (en prensa): "Migraciones de mujeres bolivianas, trabajo del hogar y salud: la economía política del chagas en Cataluña", *Latin American Perspectives*.

OLIVEIRA DO PRADO, Rafael (2012): "El Convenio 189 de la OIT sobre el trabajo decente para las trabajadoras y los trabajadores domésticos: antecedentes y efectos respecto de las trabajadoras domésticas migrantes", *Anuario de Derechos Humanos,* 8, 125-134.

OSO, Laura (1997): *La migración hacia España de mujeres jefas de hogar. Una dinámica migratoria creada por las estrategias de los actores sociales del contexto receptor y las actoras de la migración*, Tesis doctoral, Universidad de La Coruña.

— y PARELLA, Sònia (2012): "Inmigración, género y mercado de trabajo: una panorámica de la investigación sobre la inserción laboral de las mujeres inmigrantes en España", *Cuaderno de Relaciones Laborales*, 30, 1, 11-44.

OTXOA, Isabel (2012): *La Seguridad Social del empleo doméstico: evolución y perspectivas*, Tesis doctoral, Universidad del País Vasco.

— (2020): "El subsidio que no llega: una promesa incumplida", *El Salto* (24 de julio), Enlace.

PANDEY, Kritika; PARREÑAS, Rhacel y SABIO, Gianne (2021): "Essential and expendable: migrant domestic workers and the COVID-19 pandemic", *American Behavioral Scientist*, 00, 0, 1–15.

PARELLA, Sònia (2003): *Mujer, inmigrante y trabajadora: la triple discriminación*, Barcelona, Anthropos.

— (2021): "El sector del trabajo del hogar y de cuidados en España en tiempos de COVID-19", *Anuario CIDOB de la Inmigración 2020* (enero de 2021), 102-114.

PARREÑAS, Rhacel (2001): *Servants of globalization. Women, migration and domestic work*, Stanford, Stanford University Press.

PÉREZ, Inés y STALLAERT, Christiane (2013): "Haciendo 'un trabajo de mujeres': trabajo doméstico remunerado y fronteras de género entre varones latinoamericanos en Bruselas", *Actas de la X Reunión de Antropología del Mercosur*.

PÉREZ-OROZCO, Amaia (2006): "Amenaza tormenta: la crisis de los cuidados y la reorganización del sistema económico", *Revista de economía crítica,* 5, 7-37.

— y LÓPEZ-GIL, Silvia (2011): *Desigualdades a flor de piel. Cadenas globales de cuidados. Concreciones en el empleo de hogar y políticas públicas*, Madrid, ONU Mujeres.

POBLETE, Lorena (2015): *La producción de estándares laborales para el trabajo doméstico. La traducción del Convenio 189 en tres países del sur: Argentina, Sudáfrica y Filipinas*, Buenos Aires, CLACSO.

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

RED DE MUJERES LATINOAMERICANAS Y DEL CARIBE (2020): *¡Para no dejar a nadie atrás! Cuidados y violencias: lo que la crisis de la COVID-19 ha puesto de manifiesto en el Estado español*, AIETI, Madrid.

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

RODRÍGUEZ-CABRERO, Gregorio (2011): "Políticas sociales de atención a la dependencia en los Regímenes de Bienestar de la Unión Europea", *Cuadernos de Relaciones Laborales*, 29, 1, 13-42.

ROLLINS, Judith (1985): *Between women. Domestics and their employers*, Philadelphia, Temple University Press.

SARASÚA, Carmen (1994): *Criados, nodrizas y amos. El servicio doméstico en la formación del mercado de trabajo madrileño, 1758-1868*, Madrid, Siglo XXI.

SARTI, Raffaella (2015): "Historians, social scientists, servants, and domestic workers: fifty years of research on domestic and care work", en Dirk HOERDER, Elise VAN NEDERVEEN MEERKERK y Silke NEUNSINGER (eds.), *Towards a global history of domestic and caregiving workers*, Leiden, Brill, 25-60.

SASSEN, Saskia (2003): *Contrageografías de la globalización. Género y ciudadanía en los circuitos transfronterizos*, Madrid, Traficantes de Sueños.

VEGA-SOLÍS, Cristina (2015): "Dilemmas on paid home-care for the elderly in Spain: daughters, elderly and domestic employees", en Anna TRIANDAFYLLIDOU y Sabrina MARCHETTI (eds.), *Employers, agencies and immigration. Paying for Care,* Burlington, Ashgate.

WILLIAMS, Fiona (2012): "Converging variations in migrant care work in Europe", *Journal of European Social Policy*, 22, 4, 363-376.

CAPÍTULO 6
INICIATIVAS COMUNITARIAS

AUTORAS/ES (COORDINADORAS/ES)

Yolanda Bodoque Puerta
Jesús Sanz Abad

COLABORADORAS/ES[1]

Lola Martínez Pozo
Jesús Martínez Sevilla
Maider Barañano Uribarri
Patricia Almaguer Kalixto
Marta Pi Martín
María Offenhenden
Carlos Peláez Paz
Xabier Ballesteros Olazábal

[1] Las entrevistas para este apartado han sido realizadas por Patricia Almaguer Kalixto, Xabier Ballesteros Olazábal, Maider Barañano Uribarri, Yolanda Bodoque Puerta, Lola Martínez Pozo, Jesús Martínez Sevilla, María Offenhenden, Marta Pi Martín, Carlos Peláez Paz y Jesús Sanz Abad.

ÍNDICE

CONTENIDO

6.1. Introducción 471
6.2. Cuidado, comunidad, redes, apoyos y… emergencia social 475
6.3. Características y diversidad de lo comunitario 479
6.4. El impacto de la pandemia sobre las iniciativas comunitarias 497
6.5. El cuidado genera comunidad y la comunidad cuida 514
6.6. Procesos y trayectorias de las iniciativas comunitarias: análisis de algunas tensiones 529
6.7. Conclusiones: límites y potencialidades de las iniciativas comunitarias frente a la covid 539
6.8. Bibliografía 543

TABLA

Tabla 6.1. Iniciativas comunitarias 473

VIÑETAS

Viñeta 6.1. Barrios que cuidan 492
Viñeta 6.2. Comunidades rurales y problemáticas urbanas 493
Viñeta 6.3. Una red en una comunidad rural muy envejecida 495
Viñeta 6.4. La reinvención de la comunidad: ahora 2.0 503
Viñeta 6.5. La comunidad en patinete 508

Capítulo 6

Iniciativas comunitarias

6.1. INTRODUCCIÓN

El estado de alarma decretado por el Gobierno español el 14 de marzo de 2020, cuatro días después de que la OMS calificara la enfermedad de la covid como pandemia, conllevó un paquete de medidas extraordinarias que, a pesar de los indicios, cogieron por sorpresa a toda la población. La situación de emergencia sanitaria derivó entonces en un confinamiento generalizado de las personas en sus domicilios, prácticamente sin excepción (al menos las primeras semanas). A las consecuencias económicas sobrevenidas por esta situación y que afectaron a los sectores más vulnerables de la población, se sumaron las consecuencias sociales, ya que algunas personas (grupos de población con edades de más de 60 años o que presentaran determinadas patologías que les hicieran especialmente vulnerables) fueron calificadas como de riesgo, lo que de alguna forma agravaba las consecuencias de su confinamiento en la medida en que este tenía que ser estricto y con pocas posibilidades de excepción.

El anuncio del confinamiento y sus consecuencias económicas y sociales movilizó de manera inmediata, espontánea y, en ocasiones, improvisada a una parte de la población que, de diversas formas y con distintas motivaciones, se encargó de prestar ayuda a sus familiares, a sus vecinos/as o, de una forma más organizada, a aquellos sectores más afectados por la paralización de la actividad social y económica. De forma general empezaron a surgir, a través de redes sociales como WhatsApp o Telegram, grupos de ayuda y soporte más o menos autogestionadas en municipios, barrios o pueblos los cuales, juntamente con organizaciones de participación vecinal o de voluntario que ya existían previamente, se ofrecieron a realizar actividades variadas para atender determinadas necesidades de la vida diaria de quienes no podían salir de casa. Como veremos a lo largo del informe esta respuesta ciudadana desde abajo, a la emergencia social, en buena parte contrarrestó los efectos de la crisis en detrimento de unas políticas institucionales que se fueron revelando claramente insuficientes. Un proceso que, en general, se ha mostrado muy variado y complejo, teniendo en cuenta las formas diversas en que estas iniciativas comunitarias han surgido, sus motivaciones, el modo en que se han articulado con los territorios donde se implantaban, qué sectores han considerado prioritarios, qué aspectos han tenido más peso en ellas, qué sujetos han tenido mayor protagonismo y, en concreto, cuál ha sido el papel de mayores y dependientes en ellas, cómo han dialogado con las instituciones y las políticas públicas o dónde han situado los límites de su actuación, entre otras consideraciones.

El objetivo principal de este capítulo es mostrar cómo se han organizado, o en su caso reorganizado, iniciativas ciudadanas con perspectiva comunitaria a raíz de la pandemia, enfatizando la diversidad de casos existentes y las diferentes formas de articulación con el territorio. Partiendo de este hecho, nos proponemos analizar los procesos de constitución y/o reformulación de estas iniciativas, poniendo el foco en las lógicas que las han orientado, así como en las posibles tensiones que las han atravesado, otorgando prioridad a las iniciativas dirigidas a la atención a personas mayores y dependientes.

Los datos de esta investigación se han recogido fundamentalmente a través de entrevistas semidirigidas en profundidad. En total se han realizado 36 entrevistas a personas vinculadas (como organizadoras o como voluntarias) con 24 iniciativas comunitarias ubicadas en las comunidades autónomas de Andalucía, Aragón, Castilla-La Mancha, Cataluña, Madrid y País Vasco. Una relación detallada de las mismas puede encontrarse en el Anexo 1, *Tabla A.1.7.*

Capítulo 6. Iniciativas comunitarias. Participantes en las entrevistas. La mayor parte de entrevistas se han realizado de manera virtual, si bien algunas de ellas han sido presenciales, siempre en función de las posibilidades y del contexto de restricciones impuesto por la pandemia en los distintos territorios. Además, se han podido recoger dos relatos autoetnográficos de personas vinculadas a iniciativas comunitarias que escribieron sobre su experiencia durante el periodo de confinamiento. Las entrevistas han sido anonimizadas, de manera que usamos pseudónimos para referirnos a ellas. No hemos anonimizado a quienes así lo han autorizado. En la Tabla 6.1 aparecen las iniciativas seleccionadas y sus rasgos más característicos.

Los criterios más significativos para seleccionar las iniciativas comunitarias han sido los siguientes:

- Contexto territorial, donde las dimensiones rural y urbano han adquirido importancia, intentando superar el sesgo urbanocéntrico.
- Motivaciones que han generado las iniciativas: desde redes más politizadas que venían reivindicando cambios sociales y culturales diversos, hasta grandes organizaciones de carácter más asistencialista relacionadas con entidades religiosas o de carácter más humanitario, pasando por aquellas más vinculadas al fomento de la participación ciudadana y el activismo barrial, sin olvidar, finalmente, las que concretamente se vinculan con el activismo en relación con la autogestión de la vejez.
- Colectivos a los que iban dirigidas las iniciativas. Unas iniciativas, preexistentes a la pandemia, estuvieron claramente orientadas a atender las necesidades de las personas mayores, ya sea por tratarse de viviendas colaborativas senior, ya sea porque se encaminan a paliar la soledad no deseada o a acompañar determinados procesos de envejecimiento o dependencia (como los relacionados con la orientación sexual o la movilidad reducida). Hubo otras iniciativas, muchas de ellas de nueva creación, que no discriminaron por colectivos, aunque como veremos a lo largo del informe se ocuparon principalmente de personas mayores y de la población en situación de vulnerabilidad que la propia situación de pandemia fue agravando.
- Diversidad de actividades de cuidado llevadas a cabo: detección, seguimiento y atención a las necesidades de personas mayores, abastecimiento de alimentos, fármacos o material de protección contra los contagios, recogida y reparto de alimentos, información, movilización y coordinación de personas voluntarias y recursos, cuidado y apoyo emocional, acompañamiento o seguimiento de cuarentenas, derivación a servicios sociales o sanitarios, mediación con entidades públicas, generación de espacios virtuales de encuentro e intercambio, vigilancia de niños, paseo de perros, entre otras.
- Relación de estas iniciativas con las instituciones públicas y que podemos dividir en tres grupos: iniciativas impulsadas o apoyadas directamente desde la Administración, iniciativas con vínculos institucionales, pero con capacidad de autonomía y, finalmente, unas terceras sin relación con la Administración.

Algunas de estas iniciativas han llegado a incorporar entre 200 y 300 personas, mientras que otras se componen de grupos más reducidos, que oscilan según el caso entre las 25 y las 70 personas. En el apartado 6.3 de este capítulo se ofrece una descripción mucho más detallada de las características y diversidad de las iniciativas comunitarias con las que hemos trabajado.

Tabla 6.1. Iniciativas comunitarias

Nombre	Comunidad autónoma	Ámbito	Población atendida	Actividades	Inicio	Motivos	Relación admón.
Red de cuidados vecinales del colectivo Ajuntamientos Centro-Sagrario	Andalucía (Granada)	Urbano	Vecinos/as del barrio y especialmente la población más vulnerable	Abastecimiento, compra de alimentos y acompañamiento, etc.	Nueva creación (a partir de otra existente Ajuntamientos Centro-Sagrario)	Apoyo y cuidado a partir de previo movimiento de reivindicación vecinal	No
Red de cuidados vecinales Colectivo la Ribera	Andalucía (Granada)	Urbano	Vecinos/as del barrio, especialmente personas mayores y población más vulnerable	Abastecimiento, compra de alimentos y acompañamiento, etc. Proporcionar información y generar debate.	Nueva creación (impulsada por Granada Acoge y Centro Sociocultural de Adultos)	Apoyo y cuidado a partir de previo movimiento de reivindicación vecinal	No
Red de cuidados vecinales del Barrio del Realejo y Barranco del Abogado	Andalucía (Granada)	Urbano	Vecinos/as del barrio y especialmente la población más vulnerable	Abastecimiento, compra de alimentos y acompañamiento, etc.	Nueva creación (a partir de otra existente Por un Realejo Habitable)	Apoyo y cuidado a partir de previo movimiento de reivindicación vecinal	No
Grupo de cuidados vecinales. Ajuntamiento Albaicín	Andalucía (Granada)	Urbano	Vecinos/as del barrio y especialmente la población más vulnerable	Abastecimiento, compra de alimentos y acompañamiento, etc.	Nueva creación (a partir de otra existente Ajuntamiento Albaicín)	Apoyo y cuidado a partir de previo movimiento de reivindicación vecinal	No
Asociación para la Movilidad Personal y Ecológica (AMPEG)	Andalucía (Granada)	Urbano	Al servicio de las redes de cuidados	Movilidad del voluntariado de las redes	Ya existente	Activismo por la movilidad urbana sostenible	No
Proyecto comunitario Envejece en tu Pueblo	Aragón (Artieda)	Rural	Vecinos/as mayores del pueblo	Abastecimiento, compra de alimentos y acompañamiento, etc.	Ya existente	Lucha contra la despoblación y la soledad no deseada	Sí
Fundación Amigos de los Mayores-Proyecto Barrios Amigos	Aragón (Zaragoza)	Urbano	Vecinos/as mayores del barrio (proyecto piloto Barrio San José)	Atención y acompañamiento telefónico	Ya existente	Lucha contra la soledad y el aislamiento. Promoción de redes de apoyo vecinal	Sí
Red de apoyo	Castilla-La Mancha (Pueblo de Cuenca)	Rural	Vecinos/as mayores del pueblo	Abastecimiento, compra de alimentos y acompañamiento, etc.	Nueva creación	Apoyo y cuidado durante el confinamiento	Sí
Convivir. Vivienda colaborativa	Castilla-La Mancha (Horcajo de Santiago)	Rural	Socios/as de la vivienda colaborativa	Abastecimiento, compra de alimentos y acompañamiento, etc., de manera autogestionada	Ya existente	Autogestión de la vejez	Sí
Red de Confección de Mascarillas	Cataluña (Lleida)	Urbano	Población en general	Confección y abastecimiento de mascarillas	Nueva creación	Carencia de material de protección	No
Voluntariado local Cruz Roja	Cataluña (La Selva del Camp)	Rural	Vecinos/as del pueblo, especialmente personas mayores y población más vulnerable	Abastecimiento, logística y acompañamiento para realizar gestiones con la Administración	Ya existente	Entidad de Ayuda humanitaria que opera a nivel internacional	Sí

Voluntariado Ajuntament Tarragona	Cataluña (Tarragona)	Urbano	Vecinos/as de la ciudad, especialmente personas mayores y población más vulnerable	Gestión de voluntariado para realizar compras, acompañamiento telefónico, paseo de perros, etc.	Nueva creación	Apoyo y cuidado durante el confinamiento	Sí
Voluntariado Ajuntament Falset	Cataluña (Falset)	Rural	Vecinos/as del pueblo, especialmente personas mayores	Gestión de voluntariado para realizar compras, acompañamiento telefónico, etc.	Nueva creación	Apoyo y cuidado durante el confinamiento	Sí
Xarxa de solidaritat-Casal Popular La Sageta de Foc	Cataluña (Tarragona)	Urbano	Vecinos/as de la ciudad, especialmente personas mayores y población más vulnerable	Abastecimiento, compra de alimentos y medicamentos, etc.	Ya existente (se reorganiza, pero no crea una nueva)	Activismo político (alberga entidades de izquierda, feministas, LGTBIQ+…)	No
Grupo de apoyo La Colla Cuidadora	Cataluña (Barcelona)	Urbano	Personas que forman parte del grupo	Apoyo y acompañamiento telefónico	Ya existente	Apoyo de personas cuidadoras. En red con otras entidades.	Sí
Pla comunitari Sagrada Familia	Cataluña (Barcelona)	Urbano	Vecinos/as del barrio, especialmente población más vulnerable	Abastecimiento, acompañamiento y asesoramiento jurídico	Ya existente	Plan de desarrollo comunitario impulsado por la AVV para crear red de equipamientos y servicios	Sí
Red de cuidados vecinales. Associació Cultural del Raval El Lokal	Cataluña (Barcelona)	Urbano	Vecinos/as del barrio, especialmente población más vulnerable	Abastecimiento, acompañamiento, y difusión de servicios y recursos	Ya existente (se reorganiza, pero no crea una nueva)	Movimiento de reivindicación vecinal.	No
Associació la Gresca. Proyecto A la Flor de la Vida	Cataluña (Ripollet)	Urbano	Personas que forman parte de la asociación	Apoyo y acompañamiento telefónico	Ya existente (a partir la Asociación la Gresca)	Lucha contra la soledad no deseada	Sí
Fresnecuida-Solidaridad Vecinal Organizada	Madrid (Fresnedillas de la Oliva)	Rural	Vecinos/as del pueblo, especialmente población vulnerable	Confección y reparto de cestas de alimentos	Nueva creación	Apoyo y cuidado durante el confinamiento	Sí
Fundación 26D	Madrid (Madrid)	Urbano	Personas mayores LGTBIQ+	Gestión de voluntariado para realizar compras, acompañamiento telefónico, etc.	Ya existente	Lucha contra la soledad no deseada	Sí
Cáritas Parroquial de un barrio de la periferia de Madrid	Madrid (Madrid)	Urbano	Vecinos/as del barrio, especialmente población más vulnerable	Gestión de voluntariado para realizar compras, acompañamiento telefónico, etc.	Nueva creación	Acción social contra la pobreza y la exclusión.	Sí
Mesa coordinadora Asociación de Vecinos barrio periferia	Madrid (Madrid)	Urbano	Vecinos/as del barrio, especialmente población más vulnerable	Gestión de voluntariado para realizar compras, acompañamiento telefónico, etc.	Ya existente	Organización barrial. Fomento de la participación ciudadana	Sí
Trabensol. Vivienda colaborativa	Madrid (Torremocha del Jarama)	Rural	Socios/as de la vivienda colaborativa	Abastecimiento, compra de alimentos y acompañamiento, etc., de manera autogestionada	Ya existente	Autogestión de la vejez	Sí
Red de cuidados vecinales Algortarrok Zaintzen	País Vasco (Getxo)	Urbano	Vecinos/as del barrio, personas mayores y población más vulnerable	Abastecimiento, compra de alimentos, acompañamiento y actividades de entretenimiento.	Nueva creación	Apoyo y cuidado durante el confinamiento	No

El capítulo lo hemos estructurado en seis apartados, precedidos de una introducción. El segundo apartado aborda una aproximación teórico-conceptual al cuidado comunitario, a partir del cual se han definido las dimensiones de cuidado de las que partimos. El tercer apartado presenta las características y diversidad de lo comunitario: las personas que forman parte, el sentido de su existencia, distribución territorial y el papel que las personas mayores han tenido en ellas, participantes activas en las iniciativas y/o receptoras de cuidados. El cuarto apartado está dedicado al impacto que ha tenido la pandemia tanto en la creación y organización de las nuevas iniciativas, como en la reorganización y reconfiguración de las iniciativas preexistentes, poniendo especial atención en las actividades que se pusieron en marcha, el trabajo de las personas que las hicieron posible y el papel que han jugado las infraestructuras (equipamientos y nuevas tecnologías, fundamentalmente) en su funcionamiento. El quinto apartado analiza la manera en que la cuestión del cuidado ha estado presente en las iniciativas, tanto en lo relativo a la razón que motiva y da sentido a su actuación, como en lo relativo a las medidas de prevención que se tomaron en las acciones que llevaron a cabo. El sexto apartado aborda las relaciones de estas iniciativas con la Administración y ahonda en los factores que han permitido o limitado la sostenibilidad en el tiempo de las mismas. Finalmente, a modo de conclusión, dedicamos un último apartado a reflexionar sobre los límites y potencialidades de las iniciativas comunitarias frente a la covid, incluyendo algunas reflexiones para el futuro.

6.2. CUIDADO, COMUNIDAD, REDES, APOYOS Y… EMERGENCIA SOCIAL

La crisis del coronavirus ha expuesto nuestra vulnerabilidad e interdependencia en tanto que seres humanos y ha subrayado nuestras necesidades de cuidado con base en las relaciones humanas. Desde el inicio del estado de alarma la actividad económica se paralizó, aunque se permitió mantener las ocupaciones relacionadas con el trabajo de cuidados, que quedaron incluidas entre los motivos excepcionales por los que se autorizó a los y las trabajadoras de determinados ámbitos laborales salir de casa, proclamándolas esenciales. Además, en los días en que se veía venir el confinamiento, se temió por el desabastecimiento y la gente hizo acopio de artículos de primera necesidad (recordemos, por ejemplo, lo sucedido con el papel higiénico) sin pensar que, en el horizonte, el problema no iba a ser tanto en relación con el abastecimiento, sino con la posibilidad de disponer de recursos económicos para abastecerse (DICKINSON, 2020). Si bien se dio una situación de confusión inicial, también se activó una contundente respuesta a nivel global por parte de muchas personas que, de manera individual y colectiva, formal e informal, se dispusieron y organizaron para atender estas necesidades de atención de muy diversa índole. El confinamiento nos ubicó en una situación de liminalidad en la que emergió, siguiendo a Victor TURNER (1998), un sentimiento de *communitas*, es decir, una especie de espíritu de comunión, igualdad social, solidaridad y unión entre personas que comparten una misma adversidad, y que se unen para sobrevivir y apoyarse mutuamente.

La respuesta a situaciones de emergencia por parte de la sociedad ya ha sido analizada anteriormente. Se sabe que los movimientos solidarios aparecen frecuentemente ante situaciones de injusticia y desigualdad y que la participación ciudadana es clave para dar una respuesta eficaz a los desastres, por su espontaneidad e improvisación. Los ciudadanos comunes suelen ser los primeros en llegar a la escena en caso de emergencia, y permanecen mucho tiempo después de que hayan cesado los servicios oficiales (WHITTAKER *et al.*, 2015). Consideramos, no obstante, que es fundamental tener en cuenta que, más allá de las situaciones de emergencia, las personas autoorganizadas de múltiples formas aportan confianza y reconocimiento, en su capacidad de generar respuestas (más o menos intuitivas, más o menos reflexionadas) que se transforman en recursos que las instituciones no son capaces de generar o gestionar, lo cual ha sido especialmente evidente y contundente en esta

situación de emergencia como la que hemos vivido. Las actividades de cuidado, en estas circunstancias y este escenario tan complejo y cambiante, se resignificaron tanto por su carácter excepcional y la diversidad de situaciones de necesidad, como por las personas y colectivos que las pudieron proveer y a quienes fueron dirigidas. Unas y otras, vivieron la misma condición de vulnerabilidad humana y la necesidad de cuidado de sí, cuidados prestados o recibidos de los demás, que se ha tornado aún más elocuente en estos tiempos de pandemia (MARTÍN PALOMO y DAMAMME, 2020). Todo ello nos impulsa a aproximarnos a la dimensión comunitaria del cuidado.

El cuidado comunitario (o en lo comunitario, como se suele subrayar) como objeto de estudio adolece de dos inconvenientes: por un lado, se trata de un aspecto al que se ha dedicado poca atención desde las ciencias sociales. De los cuatro componentes del diamante del cuidado, familia, Estado, mercado y comunidad (RAZAVI, 2007), en el que más se ha centrado el interés es en la familia, mientras que el polo comunitario ha permanecido más tiempo en la penumbra y ha captado poca atención en la investigación social (VEGA-SOLÍS y MARTÍNEZ-BUJÁN, 2017), si bien, en los últimos años ha ido creciendo el interés al respecto. Podemos pensar que esta mayor atención a la dimensión comunitaria viene motivada por la búsqueda de alternativas de cuidado que se reivindican socialmente más justas y democráticas, desbordando la tríada familia-Estado-mercado e intentando superar un modelo de cuidados que, evidentemente, no logra atender las necesidades existentes además de estructurarse en base a profundas desigualdades sociales. Una situación acentuada por la erosión e insuficiencia del Estado de bienestar, la persistente desigual atribución de tareas de cuidado entre roles de género, la dispersión geográfica de las redes familiares de cuidado o el envejecimiento de la población, entre otras razones. Por otro lado, la imprecisión en la definición del concepto, y su difícil delimitación, contribuyen a limitar las posibilidades de analizarlo o conformar un terreno de investigación consolidado (VEGA-SOLÍS y MARTÍNEZ-BUJÁN, 2017). El ámbito de provisión por el que circula la comunidad es extremadamente heterogéneo y pasa por incluir desde organizaciones comunitarias, voluntarias, sin ánimo de lucro, a grupos de cooperación basados en la ayuda mutua. Por tanto, el dinamismo por el que transcurre este polo y la rapidez con la que se producen sus transformaciones complejizan su conceptualización y dificultan su encaje en modelos teóricos, los cuales tienden a ser más estáticos (MARTÍNEZ-BUJÁN, 2019). Qué se entiende por cuidado en la comunidad, sus prácticas, o qué es lo comunitario, son algunas de las preguntas cuyas amplias respuestas contribuyen a su inconcreción. Y ello también se cruza con las dificultades para definir qué se entiende por cuidado.

La mayoría de las personas expertas difieren en sus definiciones de la amplia gama de prácticas de cuidado que potencialmente pueden ser consideradas comunitarias. Pueden ser prácticas tan distintas como los servicios que se ofrecen a residencias privadas; recursos desplegados por empleados públicos en la comunidad; o por las propias personas que residen en la comunidad de manera voluntaria y cuasi organizada, así como todo el cuidado que tiene lugar de manera informal (con o sin recompensa formal) provisto por la familia, amistades y vecindario (WAERNESS, 1987). Otros autores asimilan la esfera comunitaria con la labor voluntaria gestionada por asociaciones y organizaciones no gubernamentales (ONG) claramente institucionalizadas, lo cual oculta la diversidad de experiencias que esta esfera tan dinámica es capaz de aglutinar. Y es que lo comunitario hace referencia a prácticas muy dispares que son difíciles de captar teóricamente (VEGA-SOLÍS y MARTÍNEZ-BUJÁN, 2017). Josefa CUCÓ (2004) lo llama "estructuras de mediación", que abarcan desde la sociedad civil y la sociabilidad hasta las asociaciones voluntarias y las redes y grupos informales "cuya interacción se basa en una serie de vínculos entrelazados de conocimientos personales de larga duración que proporcionan apoyo, información, sentido de pertenencia e identidad social" (2004: 149). Este también puede referirse a los entornos donde sucede la vida diaria como

lugares apropiados para que se lleve a cabo el cuidado social (GONZÁLVEZ TORRALBO *et al.*, 2019). Como concepto político, lo común, identificaría los espacios bajo los cuales pueden construirse nuevas formas de gestión democrática basadas en la organización colectiva de la ciudadanía, ligados a prácticas cívicas concretas de defensa de los servicios sociales y de las instituciones de bienestar ante el peligro de su privatización, y que se llevan a cabo a través de formas colaborativas que incentivan herramientas de participación y de prácticas de cuidado solidarias entre la ciudadanía (FEDERICI, 2013; MARTÍNEZ-BUJÁN, 2019;). Otras autoras, como Mari Luz ESTEBAN (2017), añaden a la comunidad todo lo relativo a la militancia, amistades, cuadrillas, vecindario, proyectos colectivos o espacios sin ánimo de lucro en forma de redes de apoyo mutuo donde la solidaridad, la reciprocidad y las experiencias compartidas constituyen elementos a través de los que se sustentan y circulan los cuidados, también entendidos estos últimos en un sentido amplio.

Siguiendo a Dolors COMAS-D'ARGEMIR (2020) el ámbito de tensión, contradicción y controversia del concepto de cuidado en relación con la comunidad tiene que ver con la asimilación naturalizada del cuidado ligado a su provisión por parte de la familia o una variedad de formas institucionales públicas y privadas. Esto comporta que el cuidado se centre exclusivamente en la atención a la dependencia, entendiéndola como falta de independencia física y no como una condición inherente a la condición humana. Desde esta concepción, se tiende a no considerar las actividades cotidianas que también forman parte del cuidado y del trabajo invisible y no pagado ejercido tradicionalmente por las mujeres. Y al mismo tiempo se excluyen a una variedad de acciones comunitarias, impulsadas por la ciudadanía y autoorganizadas que se llevan a cabo más allá de las instituciones públicas y que representan espacios donde se despliega una amplia gama de acciones relacionadas con el apoyo y el cuidado. Esta situación impide considerar el cuidado como un asunto público y nos proporciona una posible respuesta a la dejación de responsabilidad en la provisión de atención a las necesidades básicas que se produjo durante la pandemia por parte de las instituciones respecto a las personas no dependientes declaradas en riesgo. Esta autora propone entender el cuidado más allá de la dependencia y pensarlo desde la educación, la sanidad, la vivienda, el transporte o la protección social que contribuyen al mantenimiento de la vida, al desarrollo de las capacidades humanas y a la protección en caso de adversidad. Es, afirma, el cuidado como organización social y es la sociedad como cuidadora, lo que implica reconocer la vulnerabilidad de los seres humanos, potenciar la solidaridad intergeneracional y de clase, y dar prioridad a los valores asociados al cuidado. De acuerdo con esta autora, se trata de pensar en las necesidades de los demás frente al individualismo, fortalecer el Estado para proveer servicios públicos y protección social, pero también potenciar las iniciativas comunitarias (COMAS-D'ARGEMIR, 2020: 123) sin importar el formato que estas adquieran.

De esta forma, la caracterización de las redes de apoyo, más allá de la definición tradicional de cuidado, permite reconsiderar su centralidad, desde el hacer y el compartir un conjunto en aspectos como protección económica, apoyo moral e ideológico, hasta tiempo libre, actividad política etc. (ESTEBAN, 2017). Sandra ROMERO-MARTÍN y Elisa ESTEBAN-CARBONELL (2020) consideran importante hacer la distinción entre redes sociales y apoyos sociales. Las primeras serían estructuras identificables a través de la densidad y homogeneidad, mientras que el apoyo social es definido a través del contenido funcional de las redes sociales, como es la instrumentalidad, la información y el apoyo emocional; tiene efectos amortiguadores en el estado de salud al proporcionar soporte material (dinero, vestimenta, medicamentos, vivienda y alimentación) y relacional.

Las iniciativas comunitarias, entonces, son experiencias que nacen de la concepción de los cuidados como un bien común, en las que el apoyo mutuo y la autogestión devienen elementos centrales que garantizan la autonomía de las iniciativas, pero que no dejan de estar atravesadas

por tensiones, conflictos y contradicciones (OFFENHENDEN, 2017). Se presentan como una opción para reinventar alternativas capaces de desplazar algunos de los pilares de la actual organización del cuidado marcada por un aumento de las necesidades de las personas que el sector público no está asumiendo, un sector privado excluyente para parte de la población y unos hogares sobrecargados, y que es precaria e injusta en términos de género y de clase. Por tanto, también son alternativas a la organización actual de la reproducción social que establecen nuevas relaciones entre lo público y lo común (VEGA-SOLÍS y MARTÍNEZ-BUJÁN, 2017). Y es que lo común no significa necesariamente universal (KELLER GARGANTÉ, 2017) y algunas iniciativas emergen como estrategias a las que por distintos motivos (económicos, políticos…) no acceden o no se sienten representados determinados sectores de la población. Todos estos aspectos señalan los límites que pueden tener estas experiencias, pero de ningún modo minimizan su potencial transformador en la búsqueda de posibles alternativas (OFFENHENDEN, 2017), sino que, por el contrario, las enriquecen. Las iniciativas de cuidado comunitario contravienen los compartimentos estancos de la familia, el Estado y el mercado y muestran las posibilidades no duales de provisión: ni público o privado; ni familia o mercado (VEGA-SOLÍS y MARTÍNEZ-BUJÁN, 2017). Tienen potencial transformador también precisamente porque son un modelo que se desprende de las necesidades de las personas y organiza una respuesta común frente a la lógica capitalista que ataca la vida, contribuyendo a crear redes de apoyo basadas en la reciprocidad, la interdependencia y la vulnerabilidad universal (KELLER GARGANTÉ, 2017). Lo comunitario, continúa esta autora, tiene el papel de crecer en las brechas y funcionar como palanca de cambio hacia una organización social del cuidado basada en la justicia social y de género que, en definitiva, ponga la vida en el centro.

En definitiva, parece conveniente afirmar que lo común o la comunidad no son algo dado, ya que son el resultado de procesos de construcción social (GARCÍA-GARCÍA *et al.*, 2021), en función de sus orígenes, de su configuración o de su amplia gama de prácticas, entre otros aspectos, que les confieren una heterogeneidad y una complejidad difíciles de poder categorizar. Estas prácticas se inscriben en lo que, también de una forma general, se viene denominando cuidado comunitario y tratan de dar respuesta a las necesidades cotidianas mediante una organización colectiva divergente de la familia, el Estado o el mercado. De una forma más concreta, en este capítulo hemos etnografiado iniciativas comunitarias que han proporcionado respuestas organizadas de tipo colectivo orientadas a cubrir alguna situación asociada al cuidado en algunas de sus dimensiones. ¿Cuáles son estas dimensiones? Algunas autoras destacan entre tres y cuatro dimensiones agrupadas de manera diferente. Amaia PÉREZ-OROZCO (2006) asocia al cuidado a una doble dimensión material que vincula a lo corporal en el sentido de realizar tareas concretas con resultados tangibles, atender al cuerpo y sus necesidades fisiológicas; e inmaterial, que asocia a lo afectivo-relacional, relativa al bienestar emocional y con un componente subjetivo, imprevisible, irreductible a momentos o tareas concretas y preestablecidas. Cristina VEGA-SOLÍS, Raquel MARTÍNEZ-BUJÁN y Myriam PAREDES-CHAUCA (2018) proponen entender la reproducción y el cuidado no tanto como una noción fija sino como un conjunto de actividades y disposiciones que pueden variar de un contexto y periodo a otro. Hablan de cuidados directos, que son los que se realizan cuerpo a cuerpo donde incluyen higiene, alimentación, acompañamiento cotidiano, etc., y de una dimensión material que es la del trabajo doméstico (o el sostenimiento del espacio) y de sostenibilidad cuando se refieren a la interacción entre cuidado de las personas y cuidado del entorno. En este sentido se basan en las perspectivas procedentes de la economía feminista que entienden los cuidados articulados con los ámbitos económicos y ecofeministas que amplían los cuidados y su centralidad en la sostenibilidad de la vida a las dimensiones ecológicas (CARRASCO *et al.*, 2011; HERRERO, 2013; PÉREZ-OROZCO, 2013; PULEO, 2016). También Hilary GRAHAM (1983) por su parte, distingue entre una dimensión material, de cuidado como trabajo, y una dimensión psicológica, de cuidado como fenómeno emocional.

Y, finalmente, María Teresa MARTÍN PALOMO y Aurélie DAMAMME (2020) se refieren al cuidado como una actividad relacional, con varias dimensiones, además de la material, ya que involucra aspectos emocionales (afectos, emociones, sentimientos) y morales (la responsabilidad que se adquiere cuando alguien se siente llamado a cuidar y cómo lo hace).

En este capítulo vamos a tener en cuenta el concepto de cuidado desde las iniciativas comunitarias, reorganizando el sentido de sus dimensiones, tomando en consideración el contexto de emergencia sanitaria y las limitaciones que esta situación impone a sus participantes. Vamos entonces a considerar tres dimensiones: por una parte, la dimensión material, que ha sido la más visible en las iniciativas, y que incluye de manera general todas las tareas de ayuda práctica relativas al aprovisionamiento y mantenimiento de las personas pero donde queda excluido el mantenimiento de la vivienda; una segunda es la dimensión relacional, en la que integramos todas aquellas actividades, realizadas en gran parte de manera telemática, relacionadas con el acompañamiento, socialización y transmisión de conocimiento, consejo y apoyo en momentos difíciles y que tiene que ver con el bienestar emocional de las personas; y, finalmente, estaría la dimensión doméstico-corporal, que incluye los cuidados directos que implican contacto y aproximación entre las personas, tanto tareas como la higiene corporal y la asistencia en un proceso de enfermedad o dependencia, como, y aquí sí, la limpieza y mantenimiento del entorno doméstico.

6.3. CARACTERÍSTICAS Y DIVERSIDAD DE LO COMUNITARIO

La mirada profunda hacia estas iniciativas nos ha demostrado la flexibilidad con la que puede crearse comunidad (VEGA-SOLÍS *et al.*, 2018). Desde los inicios del confinamiento operaron al menos dos tipos de iniciativas comunitarias: por un lado, redes de apoyo y cuidados de nueva creación, que se originaron de manera más o menos espontánea; y por otro, iniciativas ya existentes, que se reconfiguraron y adaptaron a la nueva situación con el objetivo de atender las demandas derivadas de la situación de confinamiento y ofrecer apoyo a la población que lo necesitase. En el momento en el que se inicia la pandemia, un momento de fuerte efervescencia y absoluta excepcionalidad, la actividad de estas iniciativas se dirigen a cubrir flancos diversos mostrando una gran creatividad: desde confección de mascarillas, suministro de alimentos a colectivos en situación de riesgo, asesoramiento laboral, y también apoyo para resolver las necesidades de la vida cotidiana de las personas que no podían salir de sus domicilios: abastecimiento de avituallamiento, asistencia psicológica y actividades de entretenimiento. Finalmente, cabe destacar que, a caballo entre las iniciativas de nueva creación y las ya existentes, situamos algunos proyectos que, aun habiéndose gestado en el seno de agrupaciones o asociaciones consolidadas, han dirigido sus objetivos, durante la pandemia, a actividades relacionadas con el cuidado de determinados colectivos, mientras que las organizaciones de las que partían no lo contemplaban, e incluso desarrollan una estructura y una figura jurídica independientes. A estos proyectos los consideraremos de nueva creación.

En este apartado abordaremos, en primer lugar, cuestiones vinculadas con los procesos de constitución de las iniciativas comunitarias generadas a partir del impacto de la pandemia, los aspectos significativos para su configuración, factores y motivaciones relacionados con su emergencia, así como la organización y actividades desarrolladas por las mismas y las personas implicadas que las activaron, las sostienen y las han hecho posibles. En segundo lugar, respecto a las iniciativas comunitarias previamente existentes a la pandemia, analizaremos el modo en que la pandemia ha impactado en las mismas, dando cuenta de los procesos de reorganización (en relación con su funcionamiento, tareas y personal), y subrayando, asimismo, los principales cambios y transformaciones que la pandemia comportó.

6.3.1. LAS INICIATIVAS DE NUEVA CREACIÓN: LOS PROCESOS DE CONSTITUCIÓN Y LA INTENSIDAD DE SU CREACIÓN

6.3.1.1. PARTICIPAR EN LAS REDES: "SENTIMOS LA NECESIDAD DE ACTUAR"

Las iniciativas de nueva creación se organizaron con un carácter inmediato como estructuras informales de colaboración y cooperación para gestionar y contrarrestar los problemas y necesidades comunes que surgieron ante la percepción de la ausencia de respuestas por parte de los servicios y Administraciones públicas. En las iniciativas informales puede distinguirse el voluntariado extendido y el emergente, que se diferencian respectivamente en su surgimiento a través de organizaciones existentes o no existentes. Los voluntarios emergentes suelen aparecer para responder a situaciones de urgencia, de forma organizada y no se prevé que se mantengan a la larga, aunque pueden dar lugar a nuevas iniciativas (WHITTAKER *et al.*, 2015).

En el análisis de las motivaciones que impulsaron a las personas implicadas a promover y participar en las iniciativas comunitarias encontramos una amplia gama que, a la par, nos habla de diferentes perfiles sociales, los cuales entendemos de forma entrecruzada y no excluyente entre sí. Atendiendo a los perfiles sociales, las personas entrevistadas nos destacan su carácter abierto e inclusivo y subrayan una gran diversidad social con relación a la ideología, grupos sociales, sectores profesionales, nivel educativo, situación sociolaboral y económica, etc. No obstante, en relación con el género, las personas entrevistadas nos trasladan una mayor implicación y participación de las mujeres, en algunos casos nos concretan un perfil de mujeres jóvenes, estudiantes y/o en situación de desempleo, aunque también contamos con testimonios que nos relatan la participación activa de personas mayores como, por ejemplo, en la Red de Confección de Mascarillas en Lleida. Nos parece importante señalar que sus itinerarios biográficos, personales y profesionales, son destacados para justificar su implicación. Durante las conversaciones mantenidas emergen relatos de una latente predisposición personal a prestar ayuda a los demás, o a sí mismas, que se manifiesta en estos momentos de maneras muy diversas: por la tendencia personal a perseguir causas perdidas, por tener un historial de participación en movimientos sociales y de militancia política, por ayudar o para sentirse bien, entre otras. En este sentido, también distinguimos motivaciones de carácter activista, militante, ideológico y político, estimulaciones vinculadas con la solidaridad y lo humanitario, sentimientos de proximidad y de pertenencia al barrio o territorio donde se despliega la iniciativa, así como, la empatía y autoidentificaciones con sus propias trayectorias y situaciones de precariedad. Estas personas que participaron o lideraron estas iniciativas nos explican que decidieron hacerlo por diferentes motivos:

- La disponibilidad de tiempo o de un contexto favorable desde el punto vista laboral y doméstico: "¿qué hago yo en casa? Solamente oyendo las noticias (…) alguna cosa teníamos que hacer" (Rossó, Red de Confección de Mascarillas, Lleida, C096*)[1].
- La inspiración e intercambio con otros modelos de iniciativas comunitarias creadas en la misma ciudad o a lo largo de la geografía del Estado español. Como un efecto dominó, se sintieron empujadas a organizarse (o reorganizarse) a través de la información que llegaba a través de medios de comunicación u otros colectivos que se estaban constituyendo en otros puntos del Estado o incluso a nivel internacional: "… es una plataforma que se creó (…) junto a otras plataformas muy parecidas que se crearon en otros pueblos, un poco como champiñones" (Ainhoa, red voluntaria de cuidados Algortarrok Zaintzen, Algorta, Getxo, C164). Esta situación también movió a personas vinculadas a organizaciones ya

[1] Para indicar las citas traducidas del catalán al castellano se usará un asterisco (*) después del código de la persona participante.

consolidadas para crear una red específica paralela (que hemos considerado de nueva creación) que respondiera a necesidades específicas surgidas de la pandemia: "Un poco, en realidad fue efecto contagio ¿no? Igual que el virus. [Nosotros] a nivel interno, como que empezamos también como a debatir, y finalmente sí que abrimos el grupo" (Alicia, Grupo de cuidados vecinales, colectivo Ajuntamientos Centro-Sagrario, Granada, C138).

- El simple estímulo o la experiencia de participar en un proyecto colectivo y comunitario sin precedentes: "… supongo que hay una cosa de que quieres ayudar y entenderlo desde la ayuda y de participar en algo necesario, súper necesario, y muy nuevo ¿no? (…). Joé, pues qué cosa tan interesante, tan necesaria, tan esencial, y voy a participar de esto" (Maialen, red voluntaria de cuidados Algortarrok Zaintzen, Algorta, Getxo, C192).
- La proximidad y cercanía con el vecindario y la vivencia de barrio o pueblo. Los conocimientos acerca de la situación social del barrio y los grupos sociales en situación de riesgo y vulnerabilidad, basados en las experiencias, relaciones y cotidianidades, les hizo voluntariamente asumir la responsabilidad de movilizarse para atender necesidades de grupos vulnerables: "Estábamos en el grupo y dije yo: 'mi vecina me ha dicho que ahora no puede ir a currar y no sabe cómo lo va a hacer' [o] 'y mi vecina la que va en silla de ruedas, ¿cómo lo va a hacer?'" (Marina, Comité de Cuidados Vecinales, Ajuntamiento Albaicín, Granada, C261). "… aquí hay un colchoncillo de pobreza interesante ¿no? y cuando nos encierran la sensación es que hay gente que no se va a poder ganar la vida…" (Pilar, Fresnecuida–Solidaridad Vecinal Organizada, Fresnedillas de la Oliva, Madrid, C344).
- La percepción compartida acerca de que los servicios, prestaciones y recursos de la Administración pública no estaban abordando la cobertura de necesidades consideradas básicas, o que respondían de una manera ralentizada sin atender a las urgencias que generó la emergencia sanitaria de la covid. Entonces, se organizaron como reacción o recelo a la actuación (o inacción) de las instituciones públicas o por la voluntad de anticiparse a una respuesta institucional que sabían que podía tardar en llegar, aunque también por la necesidad de generar comunidad: "… se decidió crear esto por la necesidad (…) sin esperar a las instituciones, (…) y luego por el interés personal. Al final, hay que dejar un poco de lado las asociaciones que sean institucionales porque cuesta mucho llegar a las personas de todas las redes del municipio, porque no saben o no se enteran y esto era mucho de tocar puerta a puerta, hablar con mogollones de personas, llamar, ir de comercio en comercio y era más autzolana (trabajo comunitario, de barrio)" (Kerman, red voluntaria de cuidados Algortarrok Zaintzen, Algorta, Getxo, C163).

6.3.1.2. ASPECTOS DETERMINANTES Y SIGNIFICATIVOS, MOTIVACIONES Y FACTORES PARA LA CONSTITUCIÓN DE NUEVAS INICIATIVAS

En la creación y constitución de nuevas iniciativas apreciamos un primer aspecto significativo, la percepción compartida por parte de las personas promotoras e integrantes de que los Gobiernos y Administraciones públicas no estaban abordando los efectos de la crisis y la necesidad, igualmente compartida, de actuar, de aportar y de dar respuestas. En un segundo lugar, encontramos otro elemento de especial relevancia relacionado con la existencia previa de otras iniciativas, colectivos, movimientos o procesos organizativos comunitarios, sociales, políticos y vecinales que, aunque no orientaban sus objetivos y actividades a los cuidados, operaron como activadores de las respuestas comunitarias dirigidas a contrarrestar los efectos de la pandemia: facilitando la creación de nuevas iniciativas orientadas a actividades que desde nuestra perspectiva entendemos como cuidados; proporcionando conocimientos previos sobre las características del barrio, las dinámicas sociales y comunitarias, las

necesidades de la población o la identificación de grupos en situación de riesgo, vulnerabilidad y/o exclusión social, entre otros. No obstante, las redes preexistentes, que interpretamos como determinantes, se diferencian significativamente de las nuevas iniciativas comunitarias y orientadas al cuidado material y emocional en el sentido de que no se mantienen las autodenominaciones previas, sino que se opta por la configuración de otra nueva iniciativa con denominación, características organizativas, objetivos, actividades e integrantes diferenciados de los anteriores. Así pasó en algunas redes en Andalucía y en el País Vasco:

> Vimos que se habían activado estas iniciativas populares en los otros pueblos entonces, unos compañeros con los que suelo compartir espacios de militancia propusieron hacer una red de cuidados. (Ainhoa, red voluntaria de cuidados Algortarrok Zaintzen, Algorta, Getxo, C164)

También la sensación de pertenencia al barrio o a la comunidad, la cercanía y proximidad, la identidad de barrio, la concienciación y sensibilidad social sobre las problemáticas del barrio y el conocimiento de la situación del vecindario, también se constituyen como aspectos determinantes para la puesta en marcha y participación en dichas iniciativas:

> Solidaridad, preocuparnos por nuestro barrio, por la gente de nuestro barrio y, ya te digo, también por motivos sociales ¿no? Porque también estamos levantando la voz un poquito y decir, que lo tengamos que hacer, a ver, que no nos cuesta hacerlo. (Lisa, red de cuidados vecinales, Realejo y Barranco del Abogado, Granada, C260)

Igualmente, en la constitución de iniciativas comunitarias orientadas a los cuidados de nueva creación, las personas entrevistadas nos trasladan la influencia que han tenido otros referentes comunitarios generados tras el impacto de la covid para atender a las necesidades y prestar apoyo a vecinos y vecinas:

> Pues a partir del día 13 o 14 de marzo, que yo ese día no trabajé, aquel 14 me parece que fue cuando activaron el estado de alarma, ¿no? Claro, todos estábamos en casa, yo tenía mucho tiempo como todo el mundo y estaba muy pendiente de las redes para saber qué se estaba haciendo. Y veía que, en otros lugares de Cataluña, que creo que era Rubí concretamente que había una empresa que se organizaban para hacer mascarillas. Entonces, pocos días después, el 18 o 19 de marzo, vi que una ... me llegó por estos grupos de WhatsApp o no se me ... me llegó algo que dice de una iniciativa desde una barriada o desde ... bueno desde, una partida, aquí (…) de la Huerta de Lleida. Yo vivo en un barrio que se habían puesto en marcha y comenzaban a hacer mascarillas de tela. Y pensé, '¿ves?, eso, eso es lo que tenemos que hacer, que es lo que están haciendo en Rubí'. Y entonces pues, enseguida llamé, eran dos chicas que eran miembros de la asociación. Yo no ... a ellas yo no las conocía, ni había estado nunca en esta partida y les dije: 'sí perfecto, pues venga va' (…) yo me ofrecí como voluntaria para coser, no es que sepa mucho pero bueno, tenía una máquina de coser (…) y una mascarilla no tiene ninguna complicación. Y entonces pues, nos comenzamos a poner en marcha. (Rossó, Red de Confección de Mascarillas, Lleida, C096*)

6.3.2. LAS INICIATIVAS YA CONSTITUIDAS: REVITALIZACIÓN Y/O RESIGNIFICACIÓN

Un buen número de iniciativas ya existentes antes de la pandemia, como asociaciones de vecinos, asambleas de barrio, ateneos populares, colectivos de ayuda mutua, centros cívicos y proyectos comunitarios de tipo institucional, ONG, incluso empresas, etc., que con diferentes objetivos ya funcionaban y aglutinaban personas voluntarias organizadas, decidieron replantearse sus intereses prioritarios iniciales, reconvertirse y adaptarse a las circunstancias, movilizando a sus colectivos y aprovechando sus recursos y estructura para llegar a atender, en la mayoría de los casos, otras demandas totalmente afines o radicalmente diferentes de las que cubrían anteriormente. Proporcionar cuidado material y emocional es una de estas últimas. En esta primera aproximación nos centraremos en la naturaleza de estas iniciativas

previamente existentes a la llegada de la pandemia. En otro apartado veremos en función de qué aspectos se produjo su posterior reorganización.

6.3.2.1. LOS MUNDOS DE LAS INICIATIVAS PREEXISTENTES

Las iniciativas ya existentes se presentan, como ya se ha mencionado, bajo fórmulas muy variadas, en función de los objetivos que perseguían en su constitución como tales y la fórmula jurídica (fundación, asociación, coordinadora de entidades o incluso proyectos concretos dentro de organizaciones paraguas, etc.) más acorde a la forma en que pretendían llevarla a cabo. Todas ellas (con itinerarios más o menos largos) se crearon con unos objetivos muy diversos que básicamente responden al entorno donde se desarrollaban, las ideas que les guiaban y el tipo de población a la que querían llegar. Una buena parte de la creación de estas iniciativas tuvo que ver con la preocupación por la situación de las personas mayores, por lo que centraron sus objetivos fundacionales en intentar paliar la soledad no deseada y mejorar su calidad de vida:

> En el estudio [preliminar] lo que salió sobre todo es el miedo a abandonar el territorio (…) Salía mucho el miedo a abandonar el territorio, el problema de, bueno, la soledad no deseada, sobre todo en invierno (…) y también salía mucho el tema de la movilidad, entonces la falta de movilidad para ir al médico, para temas burocráticos… Se solventaba siempre, o casi siempre, con el tema de la ayuda de vecindad, de los vecinos o del primo, pero que tiene que dejar de trabajar… entonces, sí que los mayores lo sentían como un tener que molestar, la frase del 'tener que molestar' salía mucho. Esos son los temas que más salieron, entonces, a partir de ahí yo hice una serie de propuestas de actuaciones, estaban los acompañamientos individuales, tanto dentro como fuera del hogar y aprovechar el acompañamiento individual para hacer un trabajo más allá, no un estar por estar, sino para trabajar el tema cognitivo, atención, motricidad, con cada uno de los mayores haciendo planes individualizados. El tema de los acompañamientos externos, o sea, yo hago acompañamientos externos a todo el tema de médicos, burocracia y tal, pero no como servicio de taxi sino… por ejemplo, yo entro al médico con ellos. (Isabel, proyecto comunitario Envejece en tu Pueblo, Artieda, Huesca, C288)

Con este ánimo también iniciaron su andadura proyectos más urbanos que trabajaban con "voluntariado que acude al domicilio de la persona mayor individualmente y ofrecen esa compañía emocional" (Elena, Fundación Amigos de los Mayores-Proyecto Barrios Amigos, Zaragoza, C300). También el proyecto vinculado al Casal Cívico de una población periurbana cercana a Barcelona realizaba actividades de ocio dirigidas a personas mayores, unas 140 (Martina, Associació la Gresca, proyecto A la Flor de la Vida, Ripollet, Barcelona, C141). Una variación de esa preocupación por las personas mayores es la que se trabajaba desde un proyecto de ámbito institucional-comunitario en un barrio de Barcelona y que se centra en mejorar las condiciones de vida de las personas mayores que cuidan de familiares dependientes (Xabier, La Colla Cuidadora, Barcelona, C317).

No obstante, el número más importante de iniciativas, que encontramos fundamentalmente en entornos urbanos, surgieron de asociaciones preexistentes que aglutinan colectivos que centran su activismo en mejorar o transformar sus entornos, barrios y las condiciones de vida de las personas que viven en ellos, así como fomentar la participación de vecinos y vecinas:

> Digamos que es una iniciativa de base ¿no? Popular, ciudadana, de base, que pretende fomentar la participación social desde una perspectiva, así como más crítica ¿no? Y más vinculada tanto a los territorios ¿no? Como creando nodos de barrios, como también por temáticas transversales. Ya sean pues economía, feminismo, migración, ¿no? Como diferentes problemáticas que los diversos colectivos de la ciudad detecten, entonces, un poco, al final la idea es como generar una red de diferentes colectivos y asociaciones de barrio, como más vinculada y más, una conciencia más crítica en ese territorio, que aborden conjuntamente

> estas problemáticas de la ciudad. (Alicia, Grupo de cuidados vecinales, colectivo Ajuntamientos Centro-Sagrario, Granada, C138)

> Entendemos, además, cómo la asociación estamos en el centro… o tenemos el privilegio de estar en el centro de todas esas entidades, o de esos espacios donde representan a los vecinos, como son: centros educativos, centros de mayores y demás, ¿no? Estos… espacios ya trabajábamos con ellos anteriormente y lo que pudimos ir haciendo es, con… pequeños encuentros, ir formando esta red para cosas que nos unían. Especialmente nos unían las fiestas como siempre, ¿no? Y los encuentros lúdico-festivos. (Ángel, mesa coordinadora de la Asociación de Vecinos de un barrio de la periferia de Madrid, C283)

El espíritu mayoritario de estos colectivos también se sitúa, tal y como lo expresa Mikel (Red de cuidados vecinales, Associació Cultural del Raval El Lokal, Barcelona, C159), en "crear un espacio en el centro (…) un punto de referencia, cultural, político y social", el mismo espíritu que mueve el Casal Popular donde participa Eneko que trabaja desde su creación de manera autogestionada y asamblearia aglutinando colectivos de diversa índole:

> Empezó siendo la izquierda independentista, pero se han añadido nuevos colectivos: una coral, un grupo de consumo, un grupo feminista, uno LGTBIQ+ (…) participamos en diferentes espacios sociales y del tema cultural. Hay una comisión que fomenta pues que haya una exposición cada mes, que se hagan conciertos u obras de teatro una vez al mes (…) también tenemos una coral. (Eneko, xarxa de solidaritat-Casal Popular La Sageta de Foc, Tarragona, C144*)

En su mayor parte se trata de alternativas a un modelo institucionalizado de trabajo comunitario a nivel de barrio. Sin embargo, y sin salir de Barcelona, encontramos también planes comunitarios incentivados desde algunos ayuntamientos que tienen pretensiones similares como el promover la autogestión y la participación de las personas a nivel de barrio:

> Un Plan Comunitario, consiste en promover la autorganización del barrio, con la implicación de todos los agentes. Ya sean entidades, servicios o personas y equipamientos del barrio, para la mejora de la calidad de vida de las personas, que viven en el barrio, haciendo proyectos en común. Generando redes y espacios de trabajo común. Y proyectos coordinados, para mejorar la calidad de vida, el empoderamiento y la inclusión. (Irisa, pla comunitari Sagrada Familia, Ajuntament de Barcelona, C195)

Entre los grupos preexistentes, encontramos algunos que, desde su constitución, funcionaron como organizaciones de ayuda mutua a colectivos muy concretos. Es el caso, por ejemplo, de la Fundación 26D en Madrid que lleva años trabajando intensamente para reivindicar espacios y recursos sociales específicos para la población LGTBIQ+, entre la que las personas mayores ocupan un lugar destacado. Además de un servicio de atención domiciliaria, un centro de día y el acompañamiento (que realizan personas voluntarias), está en proceso de construcción una residencia exclusiva para mayores LGTBIQ+, de manera que la posibilidad de que la dependencia sobrevenida obligue a estas personas a necesitar una residencia no suponga una "vuelta al armario". La preocupación por la prevención de la soledad no deseada de las personas mayores y por otras necesidades del colectivo LGTBIQ+ fue lo que, en buena parte, motivó a esta fundación a movilizar redes de solidaridad y apoyo de personas cercanas a la fundación a través de un programa transversal de voluntariado.

Hemos recogido asimismo el relato de personas que están vinculadas como voluntarias a algunas iniciativas que, aunque se desenvuelven a nivel local, se enmarcan en grandes organizaciones que ya se dedicaron desde sus orígenes a la asistencia de carácter humanitario o desarrollan acciones de beneficencia a personas en situación de vulnerabilidad. Mientras que los primeros atienden diferentes colectivos (desde personas mayores a familias en situación vulnerable), el segundo atiende "un perfil de población que es lo más bajo de abajo. Es decir,

el que no tiene contrato, el que está irregular, el que tiene el piso realquilado" (Pablo, Cáritas Parroquial de un barrio de la periferia de Madrid, C284).

> Como voluntario lógicamente algo te debes a tu agrupación local. Pero si en tu agrupación local, por suerte, no está habiendo ninguna desgracia o acontecimiento... siempre hay servicios, servicios habituales (…) en el pueblo, como el reparto de alimentos (...). Pero hay funciones más locales, más digamos, de atención a las personas, por ejemplo, la lectura en voz alta [en las residencias], las caminatas… (Jep, voluntariado local apoyado por Cruz Roja, La Selva del Camp, Tarragona, C118*)

> Lo más característico de los últimos tiempos que yo conozco es que no es estrictamente solo de voluntarios de [esta organización] (…) podría ser un departamento de acción social. Es decir, no dependemos exclusivamente de los recursos de [la organización]. (…) Tenemos hace tiempo un acuerdo con un supermercado del barrio en el que se hace un vale a la gente. Normalmente son cantidades pequeñitas, pero bueno, puede salir del paso, 30 o 40 euros con el que van a hacer la compra por ese límite y ya está (…) hay un grupo que se llama de visitadoras de ancianos o de enfermos, siempre gente mayor, es muy voluntario y se llega más a un grupo muy concretito de gente. (Pablo, Cáritas Parroquial de un barrio de la periferia de Madrid, C284)

También hemos tenido en cuenta un tipo de iniciativas ya concebidas desde su configuración inicial como comunidades de soporte y ayuda mutua en la vejez. Se trata de las viviendas colaborativas (*co-housing senior*), un tipo de iniciativas basadas en la convivencia, en las que las personas que participan defienden la autogestión de la vejez y el derecho a decidir cómo, por quién y dónde ser cuidado y cuidar (KELLER GARGANTÉ y EZQUERRA SAMPER, 2021; RODRÍGUEZ-ALONSO y COMAS-D'ARGEMIR, 2017). Hemos recogido el testimonio de tres residentes en dos de estos *co-housings* que funcionan en la Comunidad de Madrid y de Castilla-La Mancha. Sobre la base que las impulsa, fundamentada exclusivamente en el apoyo mutuo y la solidaridad autogestionadas, uno de los residentes explica que:

> Este proyecto, como se genera, en la base fundamental está el tema de la solidaridad. Digamos que se ha generado aquí como una especie de gran familia, con sus desavenencias como en todas las familias, pero digamos que todo el mundo sabes que si tiene vida y tiene proyección de futuro es porque se soporta fundamentalmente en la solidaridad. Entendida en todos los aspectos. Nos vamos a ayudar en esto, pero se dice 'nos vamos a ayudar', no es que te vaya a ayudar, nos ayudamos entre todos, entonces quizás eso también genera una fuerza y una dinámica distinta que si estuvieras en una residencia de forma aislada. Luego aquí, otra de las cosas también que impulsa mucho el proyecto es que se toman las decisiones aquí, aquí las cosas se hacen porque lo decidimos nosotros, aquí no viene nadie a decirnos vais a hacer esto o vais a hacer lo otro. (Emilio, vivienda colaborativa Trabensol, Torremocha del Jarama, Madrid, C248)

Y para finalizar destacamos la movilización de una serie de entidades ya existentes que, aunque se constituyeron para atender unos determinados objetivos bastante alejados del cuidado, apoyo, o asistencia, finalmente se reconfiguraron temporalmente para cubrir una serie de demandas radicalmente diferentes respecto a las que cubrían los propósitos para los que se crearon. Nos referimos, en este caso, a una asociación en defensa del uso de patinetes eléctricos en la que lo destacable no es tanto la finalidad para la que se creó, sino la infraestructura de la que disponía:

> Lo único que hacíamos era defender los derechos de los [usuarios de] patinetes eléctricos frente a las autoridades. No como una ONG ni nada de eso; una asociación de amigos o usuarios de patinetes para defender nuestros derechos y ver por dónde circular, qué leyes nos legislan y todo eso. ¿Qué pasa? De repente, viene la cuarentena y dije yo: 'Bueno, yo tengo una estructura con un montón de gente, ¿por qué no uso mi estructura para ayudar a personas que están en riesgo…?'. (Andrés, AMPEG, Granada, C140)

6.3.2.2. "… ME HICE VOLUNTARIO, COMO UNA FORMA DE DEVOLVER A LA SOCIEDAD LO QUE TE HA DADO". LAS MOTIVACIONES

Nos parece interesante tener en cuenta también los itinerarios biográficos de las personas que forman parte de las iniciativas existentes, para entender el origen de su vinculación con las organizaciones que representan y, de alguna manera, su historial de participación comunitaria. Son los "voluntarios extendidos", que forman parte de organizaciones ya existentes que amplían sus actividades para responder a las necesidades emergentes (WHITTAKER *et al.*, 2015). Jep y Terenci, explican que para poder dedicarse con la intensidad a lo que ellos hacen se necesita, sobre todo, tener tiempo y voluntad de hacerlo. De esta forma, su condición de jubilados y estar alentados por un entorno de personas conocidas crea un contexto favorable para su participación:

> Mira las personas que me lo propusieron (…) confío en ellas, son compañeros de una edad similar. Era un tema que, en el pueblo, era un vacío y bueno, siempre he sido una persona que ha intentado ayudar a la sociedad desde la época que estuve como concejal en el ayuntamiento hace varios años y con muchas iniciativas locales más bien de tipo social, deportiva, no tanto de este tipo, y vi que tenía tiempo y tenía una oportunidad de hacerlo. Ser voluntario sin tiempo y con una familia es muy complejo. Porque tienes que restar... y claro, también te gusta tener tu tiempo de ocio, ¿verdad? (Jep, voluntariado local apoyado por Cruz Roja, La Selva del Camp, Tarragona, C118*)

> Yo me encontré que mi mujer estaba ya en la Cruz Roja también, y siempre tenía que ir ayudar, a ayudarles, y al final me hice voluntario también de la Cruz Roja. Y también coincidió que en el trabajo hicieron una reestructuración, me dijeron si quería jubilarme y me incentivaban, y dije "venga". Y al final yo también me hice voluntario, como una forma de devolver diríamos a la sociedad lo que te ha dado a ti durante toda tu vida, pues mira ahora miras de devolver, y quedamos en paces al menos. (Terenci, voluntariado local apoyado por Cruz Roja, La Selva del Camp, Tarragona, C118*)

En otros casos ha sido un itinerario histórico de lucha política, de inconformismo, de defensa del propio barrio, de generar espacios alternativos, etc… lo que proporciona coherencia a la conexión entre la persona y la organización:

> Yo nací en el franquismo, yo soy del 56. Bueno, yo creo que es espíritu este antiautoritario como que lo chupé mucho, me hizo bastante rebelde desde joven, entonces en barrios, bueno, fui conociendo gente. Bueno, el espacio más libertario es el que más me… como reacción yo creo un poco al autoritarismo en el que me sentí más cómodo. Y más CNT [Confederación Nacional del Trabajo] , pero bueno, tuvo sus crisis. En espacio de barrio es donde más a gusto me he sentido, sí. (Mikel, Red de cuidados vecinales, Associació Cultural del Raval El Lokal, Barcelona, C159)

Esto es especialmente interesante en la creación de determinadas entidades que responden al empeño de una sola persona, como la que impulsa Francisco que, a partir de una reflexión sobre su situación personal (la edad, ser gay y tener pocas oportunidades laborales), se organizó para luchar por la reivindicación de los derechos del colectivo LGTBIQ+, y el impacto de su planteamiento inicial alcanza resultados notables:

> Pues la fundación la fundó en un momento en que yo estaba en una situación de paro. Empezaba la otra crisis, la del 2008. Entonces yo estaba de director de un centro de infancia y entonces pues se nos echa a todo el mundo a la calle. Entonces yo tenía 50 años en aquel momento y ya no pensaba que iba a tener ninguna, ninguna experiencia laboral más. Porque era mayor, porque era deformado [profesionalmente] y porque tenía bastante experiencia. Entonces, bueno, pues eso me animó a ver otra realidad cuando me doy cuenta de que las personas mayores, que yo me estaba haciendo mayor, y que teníamos una situación diferenciada con el resto. (…) Yo digo, como salí del armario con treinta y seis años, pues toda

> esa homofobia interiorizada me hizo pues un poco olvidarme de dónde venimos, de dónde, quién somos. Entonces, bueno, empecé a mirar, empecé a preocuparme por eso al ser educador social, pues también nos han construido en la profesión, en la nuestra, que somos los más antiguos. Pues si es eso, en detectar necesidades no cubiertas, intentar buscar. Entonces, bueno, yo tenía toda esa herramienta y me puse en marcha viendo la situación real pues que era al principio tenía una creencia de que el colectivo LGTB, y sobretodo el gay, éramos pues ricos. Éramos personas que como nos decían y nos dicen que estamos de fiesta todo el día, cachondeo, no tenemos hijos, una maravilla. Pero te vas dando cuenta que fíjate, en mi caso yo cobraba 2800 euros al mes por director. Cuando estoy en el paro paso a 1200 y después paso a 450 euros por el subsidio. Entonces, claro, de esa vida que yo vivía con ese ritmo, pues me encuentro con una realidad, pues muy de exclusión. Entonces, bueno, voy viendo y se nos unen todos esos excluidos. Entonces en la fundación empiezan cuando empiezo a ver que se necesitaba un espacio porque no era real esta mercantilización que quieren hacer con el colectivo, sobretodo gay, con el Orgullo y con todas esas maravillas, pero que nos hemos olvidado de nuestra historia. (Francisco, Fundación 26D, Madrid, C246)

También en estos espacios organizados en torno a un objetivo común se agrupan personas que ya desde adolescentes se han socializado en la importancia de la participación social, como Mikel o Eneko cuyo historial está repleto de organizaciones a las que se han adherido. El colectivo, de alguna forma, proporciona una identidad:

> Ya hace años que estoy en diferentes lugares. Entonces estaba, o sea llevaba toda la vida en una agrupación escolta de aquí, y conjuntamente creamos un grupo de teatro también aquí. Entonces, a parir de aquí, sí que en la ciudad… o sea tenía muy ocupado el tiempo y no podía asumir más cosas, pero sí que con el Cau [la agrupación escolta] y el grupo de teatro colaborábamos con el Casal Popular con ofertas culturales. Y a partir de un caso anti represivo de una huelga que hubo aquí en la ciudad que, pues a mí, se me encausó y yo, claro, estaba perdido porque… no militaba tan políticamente en un espacio como el Casal Popular, o la izquierda independentista de aquí. Y desde aquí se me acogió mucho y de hecho fue la puerta de entrada. Entré en la comisión de actividades de aquí, del casal, y bueno, pues a partir de aquí ya me quedé hasta ahora. (Eneko, xarxa de solidaritat-Casal Popular La Sageta de Foc, Tarragona, C144*)

6.3.3. LOS SENTIDOS OTORGADOS A LAS INICIATIVAS PREEXISTENTES

La diversidad de las iniciativas comunitarias dificulta categorizar sus distintas modalidades, niveles de filiación, prácticas o modos de intermediación con las instituciones. Sin embargo, hemos reconocido una serie de elementos que aportan a estas experiencias un determinado carácter respecto al despliegue de sus actividades o al público al que van dirigidas. Así, encontramos iniciativas que se han configurado a partir de las ideas que las mueven y las más obvias son las religiosas y las políticas. Respecto a las religiosas, disponemos del relato de Pablo, que trabaja desde hace diez años en la parroquia de un barrio periférico de Madrid:

> P: ¿Y por qué habéis hecho todo esto?
> R: Hay motivaciones de todo tipo. O sea, que yo creo que estando en la parroquia, yo creo que sí, que hay unas motivaciones religiosas, por lo menos en algunos de los miembros del grupo, yo creo que en gran parte. Y en otros pues no sé…
> P: ¿A qué llamas religiosos? ¿En qué consiste a lo que llamas religiosos?
> Bueno, sí, si partes de todos somos hijos de Dios, pues eso tiene que llevarte a algo y te lleva a querer ser fraternos. Que conste que a mí no es… no es lo que más un poco me motive. O sea, al final hay un poco de suerte, es decir, si a lo largo de tu vida… yo creo mucho en la suerte. A lo largo de tu vida te vas encontrando con buena gente que te ayuda a ir perfilando tu sentido de vida. Pues todo eso, sin querer, te va marcando de alguna manera. Y después resulta que cuando haces esto, pues te sientes bien, te sientes a gusto y te sientes feliz. Y dije pues a lo mejor la felicidad también va un poco por ahí, pues voy a hacerlo. Si el caso es que le encuentro sentido a lo que hago y me aporta felicidad y fuerza, sensatez y sentido a la vida.

> Hay muchas más cosas, pero esta, por ejemplo, es una parte importante que yo creo que a todos los voluntarios… además engancha por lo que sea. El estar con gente, con la gente sanamente, o sea no en este sentido caritativo. El compartir el dolores y fragilidades con la gente tiene su punto de enganche. Que no sé si es bueno o malo, pero tiene su punto de enganche. Si no, no te explicas que haya gente en voluntariados que empezaron con 30 años o con 20 de joven y que al final ha sido toda su vida. Y que las voluntarias mayores, las que han dejado el grupo han estado permanentemente preocupadas y tal y que han sentido que se les arrancaba una parte. Y estoy pensando en Carmen, que es una mujer de las de misa diaria y tal, beata y no sé qué, pero que gran parte de su vida ha sido Cáritas y que lo sigue haciendo y siempre que me ve me pregunta: '¿cómo está ahí?, ¿cuánta gente ha ido hoy? oye, y el reparto y tal, ¿y va mucha gente nueva?' Sigue preocupada, sigue pendiente de ello. ¿Por qué? Porque seguro que en su vida ha sido una parte muy importante el voluntariado. (Pablo, Cáritas Parroquial de un barrio de la periferia de Madrid, C284)

Por su parte, las iniciativas preexistentes con un carácter marcadamente político van más allá de la acción humanitaria directa y se configuran con y desde un sentido de transformación de la sociedad (o de sus territorios, sus barrios y sus ciudades), de denuncia de situaciones de injusticia y de reivindicación de una serie de derechos. Son varios los colectivos que, identificados con los valores de la izquierda o ligados al espíritu del 15M, se configuraron desde sus inicios para luchar contra determinadas políticas territoriales de carácter neoliberal cuyo efecto gentrificador está teniendo un impacto negativo en los habitantes de los centros históricos de grandes ciudades. Mikel (C159), en Barcelona, explica cómo su barrio ha sabido resistir a las corrientes gentrificadoras gracias al establecimiento de población migrante pero también a la fuerza del tejido asociativo y del apoyo mutuo tanto formal como informal. Su asociación forma parte de este tejido y desde su constitución ha tenido la pretensión de "ser útil a las luchas del barrio y de la ciudad". En Granada, los llamados Ajuntamientos, también empezaron su andadura a raíz del impacto del desarrollo del turismo en la gentrificación de la ciudad y el empobrecimiento de la población de los barrios más turistificados. Se desarrollaron a nivel de barrio y se centraban sobre todo en: "recoger el espíritu del 15M. (…) desde los movimientos sociales se podría crear una red fuerte, social, que fuera eje de presión (…) recuperar el espíritu de esas asociaciones de vecinos que en su día sí sirvieron para una transformación real [pero estas se habían convertido en] unas asociaciones muy jerarquizadas, muy vinculadas al ayuntamiento con demandas que no eran colectivas ni [buscaban] mejoras para el barrio en un sentido más politizado" (Marina, Comité de Cuidados Vecinales, Ajuntamiento Albaicín, Granada, C261).

> Realmente nuestra actividad (…) tiene que ver con problemáticas que afectan a la población de un barrio obrero (…) en concreto; pero también en términos generales a la clase trabajadora. Trabajamos en base, o alrededor de cuestiones como la vivienda, los derechos laborales, el ocio... Hay toda una serie de actividades, de tareas, de iniciativas que van desde proyecciones de cine a talleres de ajedrez, a recogida de material escolar, a participación y contribución en colectivos (…) Por ahí trabaja el colectivo, y lo hace desde un posicionamiento anticapitalista y con un espíritu comunista. (Juanjo, grupo de cuidados vecinales del Zaidín, Colectivo La Ribera, Granada, C199)

También de carácter político son las iniciativas que aglutinan personas afines desde el punto de vista de las ideas que defienden, un activismo político no necesariamente inscrito en la lucha barrial. Se trata de colectivos con historia como el que participa Eneko en Cataluña o creados a raíz del confinamiento como la Red de Cuidados a la que pertenecen Kerman, Markel, Ainhoa y Maialen en el País Vasco. El primero empezó siendo solamente un colectivo de la izquierda independentista, pero derivó en una coordinadora de entidades diversas: un grupo de consumo, una coral, un colectivo LGTBIQ+, entre otros, que cuando organizan actos el público diana es "gente pues muy politizada, ¿no?, siempre en la línea política de los colectivos del Casal (…) una línea muy política". El segundo, por su parte, aunque no se creó

para luchar por un objetivo político, sí que sus integrantes se organizaron a través de compartir o haberse socializado en espacios comunes muy politizados: "la mayoría es gente muy cercana a la izquierda abertzale", nos puntualiza Kerman (red voluntaria de cuidados Algortarrok Zaintzen, Algorta, Getxo, C163). No obstante, hay que subrayar que la situación de emergencia social comportó que estas iniciativas se despolitizasen (lo que no significa que actuasen de manera acrítica), para poder atender las necesidades de la ciudadanía confinada. En los dos casos, durante el confinamiento sus dinámicas cambiaron:

> La gente que empezamos en la red somos una gente con una ohtura [costumbre] que se dice (…) una costumbre de bastante militancia popular, de responder a las necesidades que tiene la ciudadanía un poco… intentamos llevar esas políticas, esas iniciativas adelante, y era lo que tenía que hacerse en ese momento ¿no? Para llevar esto a cabo, las otras dinámicas políticas o populares que hacíamos normalmente, ¡claramente! las suspendimos o.... Bueno, pues pusimos la necesidad o el centro de importancia en esta red de cuidados, respecto a la militancia política del pueblo y de la gente organizada ya de por sí. Nos volcamos todo un poco a la red de ciudadanía. Como otro proyecto, o sea por esa costumbre y por esa dinámica de funcionar militantemente en el pueblo un poco. (…) No era una red ciudadana politizada porque queríamos llegar a un espectro muy amplio, entonces era un poco político. Nosotros estamos un poco marcados también, de... por ir en contra del ayuntamiento, de las instituciones... de la política que lleva, que manda en nuestro pueblo ¿no? Igual seríamos del otro bando ideológico, pero tampoco queríamos marcarlo ¿eh? (Ainhoa, red voluntaria de cuidados Algortarrok Zaintzen, Algorta, Getxo, C164)

También desde las ideas fundamentadas en la unión, la cooperación y la participación vecinal se han desarrollado procesos comunitarios entre los que encontramos a las históricas asociaciones de vecinos, pero también a algunas redes vecinales creadas a raíz del confinamiento. Algunas de estas organizaciones se han revelado claves para el sostenimiento de los colectivos más vulnerables que habitan en algunos barrios de grandes ciudades, pero también en algunos pueblos. Proveen atención y cuidados y cumplen una función pública, si bien su práctica está en manos de personas movidas por la solidaridad, la cooperación, la creación de entornos de participación etc. Un aspecto común entre las personas voluntarias que forman parte de estos proyectos es la importancia que dan al hecho de sentirse integrantes de un todo que funciona gracias a la complicidad con el entorno:

> Es una coordinadora que nace desde hace tiempo, desde la preocupación de la asociación [de vecinos] por unir, por crear esa base en la que participa de toda la vida, ¿no? (…) somos una asociación que estamos en el centro y respondiendo las necesidades que pide el barrio, pero no solo las más marginales, por decirlo así, porque es que no nos corresponde como trabajo único. Tenemos que responder, ¡por supuesto!, porque estamos aquí para ellos [los vecinos y vecinas]. (Ángel, mesa coordinadora de la Asociación de Vecinos de un barrio de la periferia de Madrid, C283)

> No nos hace mucha gracia la idea del rollo caridad, esa sensación de que somos un montón de gente que tenemos posibles ayudando a gente que no los tiene (…) enseguida se organiza una reunión en la que se intenta compartir la responsabilidad de manera que la gente que recibe cesta colabore en la preparación de la cesta (…) participan de su propio abastecimiento. (Pilar, Fresnecuida-Solidaridad Vecinal Organizada, Fresnedillas de la Oliva, Madrid, C344)

A diferencia de las iniciativas con trasfondo ideológico y político, encontramos un segundo grupo que centra sus actuaciones en unos colectivos específicos. Es el caso, como hemos mencionado ya, de quienes se han erigido en la defensa de las personas LGTBI+, de quienes se han centrado en las necesidades de las personas mayores, o de quienes han ofrecido respuestas útiles ante la situación de emergencia creada por la covid.

6.3.4. LOS CONTRASTES ENTRE LO URBANO Y LO RURAL

Las actividades que desarrollan las iniciativas comunitarias y las dinámicas de funcionamiento de las mismas están fuertemente influidas, no solamente por el contexto sociocultural o el bagaje particular que define a sus integrantes, sino también por la ubicación geográfica y la configuración territorial. El entorno es determinante para la creación de tipos más o menos variados de redes de soporte, principalmente en relación con el tipo de actividades que se llevan a cabo, los colectivos a los que van dirigidas, etc. Además, estos entornos diferenciales también influyen en la cantidad y la implicación real de las personas que pueden participar y los recursos de los que se disponen para llevarlos a cabo (BLADES *et al*., 2020).

En los entornos urbanos, por su configuración, podemos encontrar una gran diversidad de iniciativas, redes, entidades y organismos que ponen en evidencia la complejidad urbana y la existencia de una mayor diferenciación, y desigualdades territoriales y de clase. Hay, en definitiva, una configuración sociocultural extremadamente variada que condiciona la variabilidad y la naturaleza de las propuestas comunitarias, no solamente a nivel de la figura jurídica que las representa o la cantidad de personas de que disponen, sino también por el colectivo general o colectivos específicos hacia quienes dirigen sus propuestas de acción: habitantes de un barrio en concreto, población socioeconómicamente vulnerable, personas migrantes con dificultades para encontrar trabajo o en situación ilegal, personas mayores, colectivo LGTBIQ+, usuarios/as de patinetes, etc. De esta forma también sus reivindicaciones tienen sentido enmarcadas en ámbitos de la ciudad que tienen problemas relacionados precisamente con esta trama urbana:

> Los centros de las ciudades siempre… bueno han ido cambiando, este aún aguanta. Pues espacios donde no se sabe muy bien por qué vivían los pobres, pues de repente pasan a ser espacios… claro, de negocio, de especulación, aquí aún se han quedado muchos. Entonces yo creo que, en Barcelona, pues entre los abuelos, ¿no? Y las abuelas que viven solas todavía, que tienen pisos de renta antigua, que han podido aguantar, pero… en bloques sin ascensor la mayoría, los migrantes, la gente joven. Bueno, hacen… les dan, yo creo… bueno, este barrio como tantos centros de tantas ciudades, pues les dan… bueno, les da un sentido especial aquí histórico, porque durante muchos siglos ha sido así. Lugar de llegada de la gente de fuera, espacios rebeldes de organización social. (Mikel, Red de cuidados vecinales, Associació Cultural del Raval El Lokal. Barcelona, C159)

> La Asociación de vecinos, que está en un barrio periférico de Madrid (…) es un barrio que… termina de hacerse en los años 80, aunque ya se esté… población que empieza a residir en los 60 y 70, incluso antes, con las viviendas que promocionaba el… franquismo para gente que venía de la inmigración rural a Madrid. Eso hace que haya mucha población autóctona mayor, que sea la que llegó en aquellos años 60, 70, 80… y que, desde los años 2000, principios de los 2000 pues ha tenido unos flujos migratorios muy intensos y, actualmente, el distrito es uno de los que más inmigrantes tiene de Madrid (…) ha estado entre el 25, 30% de la población extranjera o de origen extranjero (…) Tradicionalmente se consideraba uno de esos barrios obreros… de Madrid… de los cinturones, de las periferias de Madrid… (Ángel, mesa coordinadora de la Asociación de Vecinos de un barrio de la periferia de Madrid, C283)

En las ciudades también suele haber una mayor influencia de la política institucional o se dispone de una amplia oferta de recursos y servicios de la que algunos colectivos, como el de las personas mayores, pueden beneficiarse tal y como explican Irisa o Andrés, de manera que, según su opinión, puede tener poco sentido realizar acciones comunitarias que no estén acompañadas de apoyo institucional:

> Es un barrio con un porcentaje de gente mayor bastante alto. Y sobre todo un porcentaje de sobreenvejecimiento alto. Y con muchas personas, sobre todo mujeres que viven solas. Entonces ha habido mucha preocupación histórica en el barrio por este tema. Y ya desde

> antes, se habían creado diferentes proyectos comunitarios, para trabajar contra el aislamiento de la gente mayor, ¿vale? También se hacía proyectos de rutas, de caminatas por el barrio, dirigida a gente mayor, para la mejora de la salud. Y luego se hacía un poco de coordinación de todos los proyectos, entidades y programas del ayuntamiento, que van dirigidos a la gente mayor. (Irisa, pla comunitari Sagrada Familia, Ajuntament de Barcelona, C195)

> Las personas [mayores] que están solas muchas veces es porque no saben los servicios que existen en los barrios. No conozco un barrio que no tenga un centro de servicios sociales donde haya talleres de pintura, de actividades, de excursiones… La ciudad ofrece miles de oportunidades en muchos aspectos. Ya te digo, las personas mayores que están en soledad, yo creo que es por desconocimiento, porque no saben los servicios que ofrece hoy la sociedad. (Andrés, AMPEG, Granada, C140)

A las numerosas y variadas entidades ya existentes, durante la época más dura del confinamiento, en las ciudades se multiplicaron las iniciativas para atender las nuevas necesidades que habían emergido. Podemos decir que se estableció un vasto universo comunitario atendiendo a la compleja y amplia red de iniciativas que de forma más o menos estructurada, más o menos caótica, se coordinaron para enfrentar objetivos comunes y diversos. Una complejidad urbana que también favoreció que algunas de las redes pudieran actuar de manera anonimizada respecto a las instituciones, o incluso de espaldas a ellas, teniendo en cuenta los recelos que despertaron:

> Viendo que no existen puntos de apoyo o puntos de coordinación, se decide que directamente que las Administraciones públicas harán su trabajo y llegarán sobre todo a personas que ya están censadas, sobretodo personas dependientes, personas que ya están dadas de... Desde la red de cuidados haríamos un trabajo mucho más local y mucho más difícil de detectar por parte de la Administración, que es, pues la vecina de al lado necesita hacer unas compras y no tiene entorno y no se le va a ocurrir, o igual no tiene las... los mecanismos para ponerse en contacto con los servicios sociales, un poco esa es el resumen. Y luego en medio, en medio entre las Administraciones públicas y... Y las redes de cuidados, se encuentra digamos la amplia gama de colectivos sociales que trabajan este ámbito o este tema, que a la mayoría de ellos les parece una iniciativa muy buena y nos dan todo su apoyo. (Markel, red voluntaria de cuidados Algortarrok Zaintzen, Algorta, Getxo, C162)

Es interesante observar en los relatos de las personas participantes la importancia dada al barrio como entorno próximo, en el que a través de las dinámicas vecinales es posible conocer no solamente a las personas que han habitado siempre o a las acabadas de llegar, también, en general, permite conocer sus demandas o necesidades y pensar el barrio como un espacio más cercano, más humano, y definir acciones comunitarias en forma de apoyos de diferente índole:

> [El barrio] no sé cómo decirlo, pero tiene una problemática que es muy diferente, sigue siendo un barrio, no tan... Ciudad dormitorio como quien dice, y... La gente se conoce mucho, sigue habiendo muchas tiendas de barrio, y... La gente, los comercios, los bares tienen movimiento, tienen vida. Y la gente, aunque no sepas quién es por nombre todo el mundo sabe quién es (…) Porque sigue siendo un barrio y vive la misma gente y... Eso es así, la... Vive la misma gente de toda la vida, la gente se conoce y se habla y.... Y por no sé, sigue siendo, yo creo que el espíritu de los barrios sigue siendo... (…). Y luego también políticamente es una zona mucho más... Mucho más... Activa, no sé, ideológicamente es más... Por estas labores, también es verdad que es un barrio donde se hacen comidas, los aitites y las amamas [abuelos y abuelas] hacen todos los años comida en el parque, por ejemplo, y todo este tipo de cosas y los demás barrios... (…) y el barrio es pequeño, no es pequeño, pero sí es pequeño en conjunto y sí, la gente se conoce mucho, mucho, aunque... Igual es a lo que voy, yo igual no conozco a nadie, pero sé que esa es del barrio o ese es del barrio... O esos son nuevos, la gente es nueva o... Eso lo sabe la mayoría de las personas del barrio. (Kerman, red voluntaria de cuidados Algortarrok Zaintzen, Algorta, Getxo, C163)

Como veremos más adelante, el despliegue de actividades de apoyo de todas las iniciativas comunitarias urbanas se realizó a través de barrios o distritos lo que, en principio, permitió hacer más efectivas las acciones. Como nos recuerda Markel, se trataba de llevarlo todo a la escala más local posible para generar tranquilidad a las personas:

> Yo creo que ha funcionado muy bien, también lo que he comentado anteriormente que emmm… El llevarlo a la escala más local posible, a la más cercana posible. No estamos hablando de iniciativas, eeh, institucionales que comprenden todo el pueblo, estamos hablando de una ayuda de tú a tú, de vecina a vecina y por lo tanto en ese tipo de iniciativas la escala más pequeña es la que más puede ayudar y había gente que se sentía más segura pidiendo estos recados a la vecina de al lado, que a la propia Administración, porque conocía a la vecina de al lado y sabía quién era, y sabía cuándo salía de casa y sabía que volvía y sabía que no le iba a timar el dinero y sabía… Entonces, en ese tipo de iniciativas concretas yo creo que la escala es muy importante. (Markel, red voluntaria de cuidados Algortarrok Zaintzen, Algorta, Getxo, C162)

Viñeta 6.1. Barrios que cuidan

Mikel (C159) tiene 64 años. Es una persona con una larga trayectoria de activismo social, dentro de lo que él mismo define como espacios libertarios. Es socio fundador de la Associació Cultural del Raval El Lokal en Barcelona, una asociación que arrancó en 1987 y que, como Mikel describe, es un espacio de referencia para el activismo, a nivel barrial, de la ciudad e inclusive internacional. Mikel describe su barrio como un barrio "especial". Situado en el casco antiguo de Barcelona, el barrio ha podido y sabido resistir a las corrientes gentrificadoras. Desde su punto de vista, esto ha sido sobre todo posible gracias al establecimiento de población migrante de origen extranjero, pero también a la fuerza del tejido asociativo. En la entrevista repasa con profundidad cómo han actuado y se han articulado (y siguen funcionando) las redes comunitarias (formales e informales) del barrio en el contexto de la crisis sanitaria de la covid. Revisa en profundidad el momento del confinamiento. Según el relato, fue la comunidad la primera en reaccionar frente al retraso y desbordamiento de la Administración (Servicios Sociales). Las acciones estuvieron sobre todo dirigidas a proveer alimentos a las personas en situación de mayor vulnerabilidad en el barrio, dentro de lo que se incluyen las personas ancianas. En este sentido, cabe destacar que no ha habido acciones específicas dirigidas a este colectivo. Se hace hincapié en el hecho de que, en el caso de la población anciana, que es muy numerosa en el barrio, uno de los principales problemas que tiene es que vive en viviendas sin ascensor, lo que limita su movilidad. Se resalta la importancia que han tenido (y tienen) las redes de apoyo mutuo a nivel de las "escaleras", que son las que cotidianamente funcionan asegurando el bienestar de las personas mayores. Mikel enfatiza el rol jugado por los Centros de Atención Primaria (CAP) del sistema sanitario, que siguen a las personas ancianas del barrio y que individualmente (médicas/os, enfermeras/os) se ponían en contacto con las asociaciones para derivar casos de emergencia social. Cabe resaltar que, tal como lo explica Mikel, se trata de un barrio con un tejido asociativo fuerte y de muy larga trayectoria, donde inclusive el sector sanitario y la sociedad civil han participado en luchas conjuntas. Se resalta el aprendizaje y la capacidad de acción y articulación del tejido asociativo, pero también el fuerte desgaste producido por la cantidad de trabajo y el largo tiempo transcurrido.

Algunos elementos que caracterizan las iniciativas urbanas son comunes respecto a las iniciativas desplegadas en pueblos o entornos rurales: el conocimiento del contexto, de la población y sus necesidades, la cercanía y proximidad, los sentimientos de pertenencia e identidad y la sensibilización social y solidaridad. Sin embargo, en los ámbitos rurales no apreciamos las necesidades de organización, estructuración, coordinación y movilización de grupos, personas, actividades y recursos que observamos en las iniciativas comunitarias urbanas, o por lo menos no a igual escala. Tampoco se ha observado el mismo impulso y asentamiento, debido a la existencia de redes comunitarias más sólidas e informales, de relaciones familiares, vecinales y otros espacios de socialización cotidiana, así como la construcción social y feminizada del cuidado imperante. Por ello, las personas que han requerido de apoyo, ayuda y cuidados han obtenido respuesta mediante canales previa y

socialmente establecidos, especialmente en el ámbito familiar y en las redes vecinales. Veámoslo más detenidamente.

En contraste con los ámbitos urbanos, en zonas rurales se perciben unas relaciones más cercanas y menos anonimizadas respecto de las instituciones, como los ayuntamientos, y tienden a ser más dependientes de estos. Por tanto, es interesante analizar la forma que adoptan las iniciativas comunitarias en las áreas rurales. Por un lado, destacamos el protagonismo de algunos técnicos o regidores municipales de pequeños pueblos, como Núria (red de voluntariado del Ajuntament de Falset, Tarragona, C223), que lideraron la organización de redes a través de la movilización de personas voluntarias que partían de un conocimiento específico de los vecinos y vecinas y de sus necesidades. En otras localidades más pequeñas y aisladas habitualmente los ayuntamientos pueden facilitar la realización de estas iniciativas informales, aunque sin interferir en ellas, con la cesión de espacios o la facilitación de determinados aspectos. Además, las redes de apoyo en muchos casos no operan solas, sino que tejen vínculos cooperativos con las instituciones mediante la distribución de tareas. Sin embargo, adolecen de pocos recursos, por lo que las relaciones comunitarias son fundamentales. Aunque no en todos los lugares ocurrió del mismo modo. La falta de respuesta de pequeños ayuntamientos rurales ante situaciones de precariedad material de vecinos/as también guio la creación de redes de ayuda, como fue en el caso de Fresnecuida, en la que participó Pilar (C344), en que se intentó paliar el impacto de la pandemia (véase Viñeta 6.2). Esta iniciativa se llevó a cabo en Fresnedillas de la Oliva, un pueblo de la periferia de Madrid con aproximadamente 1.500 habitantes que, a pesar de ser considerado demográficamente una comunidad rural, posee una configuración y una complejidad que la acercan a la trama urbana, debido a la diversidad de población y a las desigualdades de clase, lo cual requirió poner en marcha bancos de alimentos.

Viñeta 6.2. Comunidades rurales y problemáticas urbanas

En Fresnedillas de la Oliva, una población rural de la Comunidad de Madrid, conviven personas autóctonas (consideradas del pueblo), neorrurales (personas de perfil progresista migradas desde la capital) y personas de origen extranjero (marroquíes y rumanas, especialmente), se generó una iniciativa que ha conseguido cohesionar a sus habitantes. Al inicio de la pandemia, entre los neorrurales aparece la preocupación por la soledad no deseada, expresada en las densas redes de grupos de WhatsApp creados para multitud de proyectos preexistentes entre esa población. Se genera entonces otro grupo de WhatsApp para atender esta cuestión, pero rápidamente emergen situaciones de gran urgencia: la dependencia de la economía sumergida de mucha de la población de origen extranjero la ha dejado en una situación muy vulnerable. El detonante es una mujer de más de setenta años que en pleno confinamiento sale a la calle a pedir comida a la policía. En respuesta, se crea la red de apoyo, una iniciativa para atender las distintas necesidades de la población del pueblo. Gracias a los contactos de uno de sus integrantes, concejal del ayuntamiento, consiguen colaborar con Servicios Sociales para distribuir semanalmente cestas de comida; la puesta en común de saberes y habilidades facilita esta tarea (alguien cede el espacio, alguien diseña los carteles, alguien ejerce de teléfono de contacto, alguien distribuye la comida gracias a su experiencia en un catering...). Las personas autóctonas donan dinero y acaban facilitando un espacio permanente; no se implican en las cuestiones organizativas y tienen sus propias redes de solidaridad familiar y vecinal, pero cambian su actitud hacia los neorrurales, a quienes a partir de ahora ven como gente respetable. Con el tiempo, la red ha conseguido no depender de donaciones gracias a que obtuvieron una pequeña financiación de una fundación y que reciben los alimentos del Banco de Alimentos de Madrid. Para sus integrantes, el reto ahora es expandir sus acciones más allá del reparto de cestas, para no caer en la caridad; precisamente por eso las familias que reciben las cestas están implicadas en la recepción y distribución de los alimentos. Esto se ha convertido en un espacio de socialización entre neorrurales y extranjeros que no existía y que ha cambiado la dinámica de interacción social en el pueblo. Al mismo tiempo, muchas de las personas mayores solas han encontrado nuevas redes de soporte social a través de la iniciativa.

En los pequeños municipios el grueso de la población está conformado por personas mayores que, además de la falta de recursos han de enfrentar problemas como el de la soledad la cual, con el aislamiento, se hace más patente. El apoyo se configura ya históricamente a través de una red de relaciones sociales basadas en las relaciones de confianza, en el conocimiento de las rutinas cotidianas y en valores, conocimientos y normas pertenecientes a la comunidad. Pilar MONREAL BOCH y Arantza DEL VALLE GÓMEZ (2010) han identificado este tipo de red como de buena vecindad, que posibilita y alarga la vida autónoma de las personas mayores a través de los intercambios (favores) y del control (seguridad). Estas autoras también argumentan que las relaciones sociales en el entorno rural están muy marcadas por los límites socialmente establecidos, los roles y el estatus atribuidos socialmente. Al igual que en el ámbito urbano, estos roles han estado social y tradicionalmente muy diferenciados por el género, pero en las áreas rurales el género configura de manera más importante las diferentes formas de participación de las personas en la comunidad atendiendo al uso de los espacios, las actividades de vida cotidiana y la construcción de redes sociales de apoyo (MONREAL BOCH y DEL VALLE GÓMEZ, 2010). Sin embargo, no solamente el género, también el parentesco extendido conforma las tramas comunitarias de apoyo mutuo, tal y como nos lo explica Berta con relación al municipio de La Riera de Gaià, en Tarragona, donde no se constituyó ninguna red formal:

> Hay gente de noventa años que todavía vive sola, pero que tienen hijos que viven en el pueblo. (…) Viven solos porque todavía tienen autonomía, o sea, pueden ir a comprar, pero con un ojo puesto por parte de los hijos (…) La gente mayor que los hijos viven en Barcelona, estos tiran de familiares próximos, por ejemplo, una tía, una prima que todavía viven en el pueblo (…) La Florencia, por ejemplo, una familiar de ella que vive cerca, son primas lejanas con su madre, y estaban en contacto, le llevaba la compra… porque su hijo estaba en Barcelona (…) Los Guixens también tienen una tía supermayor. Pero ¿quién se hace cargo de esta tía?: la pareja de uno de los sobrinos, que no es de primer grado, pero es una mujer de la familia. (Berta, sin iniciativa constituida, La Riera de Gaià, Tarragona, C158*)

6.3.5. LO COMUNITARIO Y LOS COLECTIVOS ESPECÍFICOS: EL LUGAR DE LAS PERSONAS MAYORES EN LAS INICIATIVAS Y SUS NECESIDADES ESPECÍFICAS

En gran medida fue la vida cotidiana de personas mayores que no recibían prestaciones sociales, o que vivían solas o en pareja, la que se vio gravemente alterada, por un lado, debido a las restricciones de movilidad propias del confinamiento y, por otro, al no poder contar con ayudas y recursos públicos de apoyo ya que, durante la pandemia, las Administraciones públicas se limitaron a seguir atendiendo o sosteniendo las situaciones más graves de dependencia y de quienes previamente ya tenían reconocido el derecho a recibir el servicio de ayuda en los domicilios. Esta situación convirtió a las personas mayores en vulnerables, invisibles y dependientes de la generosidad de su entorno próximo (lo que escondió, por otro lado, la presencia de personas mayores en algunas iniciativas comunitarias). Aunque la mayoría de las iniciativas no se autodefinieron como dirigidas exclusivamente a personas mayores y dependientes, en sus procesos de constitución se orientaron hacia este colectivo ya que estaba clasificado como población de riesgo. El conjunto de iniciativas contaba con la predisposición de apoyar a cualquier persona en situación de necesidad, riesgo, vulnerabilidad o exclusión social, como podemos apreciar en el trascurso de sus respectivos recorridos comunitarios y en las diversas actividades emprendidas y desarrolladas. En este sentido, compartían la percepción de que no existían organizaciones o entidades responsabilizadas de atender y dar respuesta a las necesidades de ciertos grupos sociales del barrio, comunidad o territorio.

Por un lado, como ya vimos anteriormente, podemos encontrar iniciativas que, específicamente, están dirigidas a las personas mayores, bien sea porque son ellas mismas las

que se autoorganizan para el propio el cuidado, como es el caso de las viviendas colaborativas *senior* (Trabensol, Convivir), o porque son iniciativas que trabajan con el objetivo específico de atender determinadas necesidades de este colectivo relacionadas con la soledad no deseada (como los casos del proyecto comunitario Envejece en tu Pueblo, de Artieda, Huesca; de la Fundación Amigos de los Mayores-Proyecto Barrios Amigos, de Zaragoza; de la Associació la Gresca, proyecto A la Flor de la Vida, de Ripollet, Barcelona). Las actividades relacionadas con el cuidado en situaciones de dependencia, que ya estaban previstas en los recursos públicos, no fueron objeto de intervención por parte de las iniciativas comunitarias:

> Todo lo que es del SAD, o sea, todo lo que era las personas que estuvieran atendidas desde Servicios Sociales o desde trabajo social de los ambulatorios, siguieron estando atendidas por esos servicios, aunque fuera con seguimiento telefónico, ¿vale? Entonces ya eran personas que estaban atendidas. (Irisa, pla comunitari Sagrada Familia, Ajuntament de Barcelona, C195)

En cambio, sí que las iniciativas comunitarias se ocuparon de personas mayores que en la vida ordinaria no son dependientes pero que las medidas de confinamiento les afectaban fundamentalmente al construirlas como población en riesgo:

> Como estaba la cuestión del confinamiento domiciliario y la dificultad para la gente incluso que no tenía problemas de covid, pero que estaban dentro de grupos de riesgo, no podían salir a hacer la comprar, ir a recoger medicinas... por ahí es por donde giran las tareas primeras. Además, con nosotros contacta mucha gente que no son directamente las personas a las que vamos a colaborar con ellas, sino que nos llaman sus familiares. Quien tiene sus padres que viven en una ciudad, pero ellos están en otra... o en Ogíjares, o no sé qué. La mayoría de las situaciones a las que nosotros apoyamos son de ese tipo. (Juanjo, grupo de cuidados vecinales del Zaidín, Colectivo La Ribera, Granada, C199)

Viñeta 6.3. Una red en una comunidad rural muy envejecida

Gerardo (C105), junto con otra persona, se organizaron informalmente para atender a los habitantes de un pequeño pueblo (una entidad de ámbito territorial inferior a un municipio) en Cuenca (Castilla-La Mancha). Los dos están jubilados y, aunque viven en Madrid, pasan largas temporadas en el pueblo. Cuando se decretó el estado de alarma se encontraban pasando el fin de semana en el pueblo y decidieron quedarse. El pueblo cuenta con 40 habitantes en invierno (de una media de 75 años a más) y puede llegar a tener 500 durante dos meses en verano y fines de semana (está a menos de dos horas de Madrid). Los servicios esenciales escasean. No hay escuela. El médico va una vez a la semana (no siempre va y le sustituye una enfermera). No hay tiendas, ni bar, ni centro de reunión. Dependen de la venta ambulante que se posiciona en la plaza del pueblo, lo que les obliga a desplazarse hasta allí (es algo positivo porque es una forma de socializar y de controlar, pero es negativo cuando las condiciones climáticas son duras). No obstante, Gerardo destaca que lo fundamental (del aprovisionamiento) está cubierto. Las personas mayores que viven en el pueblo son bastante autónomas, aunque hay algunas que tienen ayuda externa de algunas horas al día o a la semana. El peor mal es la soledad. Durante el inicio de la pandemia explica cómo se movilizaron para que desde diputación les enviaran información o les proveyesen de material de protección. Algunas personas que tenían contratadas cuidadoras se quedaron sin servicio (porque no se podían desplazar). Ellos intentaron parar el primer golpe y al principio, sobre todo, intentaron dar seguridad a los habitantes del pueblo a través de pequeños gestos: una cuba que pasaba con agua y lejía a "desinfectar" las calles, el reparto de mascarillas (cuando llegaron), compra y reparto de compra casa por casa (abastecimiento), cocinar, acompañar, llevar leña para la estufa, mantener el contacto con los hijos/as de estas personas para darles el parte diario. En este sentido (y sin ser muy concreto) explica que hay hijos que se preocupan de sus padres, pero otros no. Se estuvieron ocupando hasta que la desescalada permitió a los hijos/as ir al pueblo con autorización para cuidar de sus padres.

Una buena parte de las iniciativas ya existentes dedicadas fundamentalmente a las personas mayores (algunas de ellas promovidas y subvencionadas o respaldadas por la Administración como parte de programas de intervención comunitaria), en su afán de promover actividades

específicas para paliar la soledad no deseada, han intentado continuar sus actividades a pesar de los condicionantes que la pandemia imponía:

> Mira, la soledad… los ancianos que viven solos han seguido viviendo solos, pero encima con el problema de que no tenían la visita de la hija, del nieto o de alguien en casa. Entonces lo de la atención telefónica fue a ese nivel. (Pablo, Cáritas Parroquial de un barrio de la periferia de Madrid, C284)

> Ahora mismo tenemos alrededor de 70 voluntarios que hacen una labor impresionante de llamadas, de vigilante, de asistencia para que vayan al médico o que nunca estén solos en los hospitales. (…) El que tengan una sensación de que alguien te va a llamar, que no estás solo en este mundo (…) Estamos intentando hacer formaciones para la atención especializada a mayores LGTBI. (Francisco, Fundación 26D, Madrid, C246)

No obstante, las personas mayores no solamente han sido actores pasivos o simples demandantes de cuidados. A pesar de las restricciones a la movilidad, el miedo a salir de sus casas y el peligro que suponía su exposición al exterior, se han visibilizado en la cadena comunitaria de algunas redes, aunque no en primera fila ya que la situación era complicada. Sin embargo, jugaron y exigieron un papel activo y preponderante:

> Sobre todo las personas mayores se sintieron muy útiles. Y entonces, yo pienso que ayudábamos doblemente. Por un lado, los que eran los receptores de las mascarillas, y por otra parte, las personas mayores, que después me contaban (…) que les dio una motivación para levantarse por la mañana (…) Entonces tenías un sector de población que normalmente tal vez,(…) no se les daba importancia, que están en las casas, no se sentían tan útiles para la sociedad, y ahora veían cómo sus conocimientos, la costura, estaban siendo útiles para la gente, para la sociedad, ¿no?, y realmente hicieron algo muy bonito, de verdad. (Rossó, Red de Confección de Mascarillas, Lleida, C096*)

> Tuvimos un grupo de costureras que se pusieron una serie de días a hacer mascarillas (…) también eran voluntarias estas señoras, y algunas de ellas, bueno, se sentían ocupadas o útiles y muy predispuestas… (Jep, voluntariado local apoyado por Cruz Roja, La Selva del Camp, Tarragona, C118*)

> En ese momento, sobre todo el confinamiento, creo que la comunidad se tradujo en gente mayor. O sea, lo tenía todo el mundo clarísimo. La gente mayor (…) Pero los técnicos en algún momento nos dijeron que… con esas ansias de proteger, al final se les estaba vetando de todos los sitios ¿no? Entendían que no podían salir cuando también tenían las mismas necesidades que los demás (…) ellos parece que en algún momento hasta se han sentido, pues al revés, demasiado protegidos y eso. (Carla, red de voluntariado del Ajuntament de Tarragona, C098)

Y finalmente, encontramos otras iniciativas con un carácter más heterogéneo que se desarrollan en torno al vecindario, al barrio o al municipio. Como ya hemos comentado, tal y como ilustra esta cita de Alicia, muchas redes que iniciaron su actividad pensando en el colectivo de personas mayores, detectaron otras situaciones de vulnerabilidad que no involucraban única o específicamente gente mayor sino a grupos de personas o familias enteras a las que la crisis les estaba impactando a nivel laboral, económico o emocional (el miedo a salir):

> Uno de los principales problemas de esta situación es que la gente no puede salir de casa, entonces pues gente que tiene algún tipo de enfermedad, movilidad reducida, gente mayor que, por tanto, es de riesgo y no puede salir y mucha gente mayor, que en el barrio hay mucha gente mayor que, además, como partimos de la base de que existe este aislamiento social, como que no tiene a nadie que de confianza que te haga los favores, porque tu familia vive lejos ¿no? Tus hijos, tipo, ya no viven aquí, tú vives y no puedes salir porque eres mayor ¿quién te lleva las cosas, ¿no? Un poco esto (…) ¿Qué pasó? (…) Nos empezó a llegar derivaciones, por así decirlo, de casos más de exclusión más grave, que tenían que ver pues

> con que Servicios Sociales no respondía porque estaban saturados o, incluso, de Cruz Roja, de mira, nosotros no podemos hacer esto, a ver si vosotros podéis. Con el comedor social nos pasó lo mismo, pues de gente que ya tenía su ayuda, digamos, de alimentación concedida pero no podían ir a recogerla, pues tener que coordinarnos con el comedor social para llevarle la comida a la gente. (Alicia, Grupo de cuidados vecinales, colectivo Ajuntamientos Centro-Sagrario, Granada, C138)

6.4. EL IMPACTO DE LA PANDEMIA SOBRE LAS INICIATIVAS COMUNITARIAS

Una vez presentadas las iniciativas comunitarias, los contextos donde han emergido y las motivaciones que encontraron sus participantes para actuar, procedemos a realizar una presentación de las actividades que han llevado a cabo estas iniciativas, y en analizar sus formas de organización y la activación de recursos que han posibilitado su puesta en marcha. Comencemos por describir sus actividades:

6.4.1. "LOS BARRIOS CUIDAN DE LOS BARRIOS": ACTIVIDADES, ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE LAS INICIATIVAS COMUNITARIAS DE NUEVA CREACIÓN

Las actividades emprendidas por las iniciativas comunitarias creadas como consecuencia inmediata del impacto de la pandemia comprenden tareas vinculadas con la identificación y cobertura de las necesidades de personas mayores, dependientes y en situación de riesgo y/o vulnerabilidad social. Anteriormente identificamos las tareas de hacer las compras de recursos materiales como alimentos y fármacos, el reparto directo a los domicilios y el apoyo en las gestiones como la primera y prioritaria actividad desarrollada por las iniciativas. No obstante, y de forma rápida, tales actividades de cuidado se ampliaron hacía una complejidad de tareas no previstas ni contempladas inicialmente, como son las que detallamos a continuación:

- Conocimiento e identificación de las necesidades de la población del territorio, así como de las personas y familias en situación de riesgo y/o vulnerabilidad social.
- Acceso y cobertura de necesidades básicas, como la vivienda, alimentos, fármacos, material sanitario y de protección frente a los contagios (mascarillas, gel, guantes, toallitas, etc.), a comunicación y escucha activa, etc.
- Recogida de alimentos entre el vecindario y reparto de los mismos. En muchas iniciativas se canalizó mediante asociaciones previamente existentes o bancos de alimentos, porque consideraron que carecían de criterios para identificar las necesidades y establecer prioridades de atención y ayuda entre las personas receptoras.
- Detección y gestión de recursos propios y externos, por ejemplo: recolectas, identificación y adecuación de las tareas del voluntariado o personas colaboradoras en función de sus conocimientos, bagaje formativo o laboral, o la articulación con recursos sanitarios, sociales, asociativos, económicos y materiales externos.
- Movilización, coordinación, dinamización y comunicación de personas participantes, profesionales, asociaciones, servicios y recursos, así como su canalización y redistribución hacia las personas en situación de necesidad, riesgo y vulnerabilidad social, mayoritariamente personas mayores y dependientes, aunque el perfil de las personas receptoras de ayuda se ha ido ampliando con el trascurso de la pandemia.
- Establecimiento de relaciones cercanas, continuas y de confianza con la población del territorio, comunidad o barrio.
- Provisión de información sobre servicios, recursos y prestaciones sanitarias, sociales y económicas, así como, también sobre medidas de protección frente a los contagios tanto a

participantes de la iniciativa como a personas receptoras, vecinos y vecinas y sobre las condiciones epidemiológicas generales y locales.

- Prevención y detección de contagios, acompañamiento en la cuarentana y seguimiento.
- Apoyo y acompañamiento en los procesos de solicitud y gestión de determinados servicios, recursos y prestaciones sociales, sanitarias y económicas.
- Derivación de casos tanto a servicios sanitarios y sociales públicos como a otras entidades y asociaciones.
- Actividades de solicitud, gestión, acompañamiento y seguimiento de las atenciones sanitarias, médicas y hospitalarias.
- Establecimiento de puentes y contacto entre las entidades públicas y las personas receptoras, acercando los servicios públicos a la población del barrio o a la inversa.
- Acompañamiento emocional y psicológico, donde subrayamos la prevención y apoyo en situaciones de soledad no deseada, de duelo, de miedo y frente a otros problemas vinculados con la covid o incrementadas a partir de esta, así como actividades de apoyo emocional entre las personas integrantes de las iniciativas.
- Actividades de apoyo a otros colectivos y en los barrios, por ejemplo, huertos urbanos, habilitar espacios urbanos para usos comunitarios como proyecciones de cine, talleres de ajedrez, recogida de material escolar, exposición de fotografía, etc. para generar espacios de encuentro e intercambio en las primeras fases de desescalada.
- Actividades de fomento del apoyo y ayuda vecinal como la vigilancia de niños/as, cuando ya en desconfinamiento algunas familias lo requirieron, o el paseo de perros.
- Disminución del impacto de las brechas digitales (especialmente de edad, género, clase, geografía y lugar de residencia) y las desigualdades en los ámbitos de las tecnologías digitales. En este sentido, desde las anteriores actividades de provisión de información, comunicación, gestión, apoyo y acompañamiento las iniciativas comunitarias han mitigado y contrarrestado el impacto de las brechas digitales en determinados sectores sociales de población debido a la transición inmediata y digital de los servicios sanitarios, educativos, sociales, de empleo, etc., y de las relaciones sociales, familiares y personales.
- Actividades de reivindicación orientadas a la visibilización de su trabajo, la relevancia de los cuidados y a la asunción de dicha responsabilidad por parte de las Administraciones públicas, por ejemplo, jornadas, talleres, charlas y campañas.

Los cuidados directos (higiene personal, acompañamiento o supervisión de las actividades básicas de la vida diaria), la limpieza de los hogares y/o las actividades enmarcadas en los ámbitos socialmente considerados privados e íntimos se consideraron resueltos a través del trabajo familiar y profesional (servicio de atención domiciliaria y trabajo de hogar privado), por lo que no fueron objeto de dedicación por parte de las iniciativas comunitarias.

Con respecto a la organización y funcionamiento de las iniciativas comunitarias para el desarrollo de las anteriores actividades, de nuevo encontramos una amplia heterogeneidad donde podemos remarcar algunos elementos paralelos. Las iniciativas comunitarias de nueva creación contaban con conocimientos sobre las particularidades de los territorios, por ello, se organizaron rápidamente para crear una red vecinal, movilizar al voluntariado o colaborar con vecino/as del barrio y con diferentes asociaciones y entidades. Con numerosos matices podemos diferenciar tres etapas en relación con la organización y funcionamiento de las iniciativas analizadas.

En la primera etapa, en el marco del confinamiento domiciliario, se dio una rápida y caótica activación y coordinación entre personas promotoras y colaboradoras mediante tecnologías digitales de mensajería instantánea como WhatsApp para identificar y acoger a quienes necesitaban ayuda y difundir la iniciativa entre vecinos y vecinas del barrio. En este primer momento, la población receptora de apoyo fue mayoritariamente personas mayores, dependientes o sin recursos, y las actividades consistían en ayudar a hacer la compra y reparto a domicilio. Desde el inicio algunas de las iniciativas establecieron contacto con otras entidades públicas, privadas y asociaciones, y de esta forma desarrollaron mecanismos de coordinación para identificar a personas en situación de vulnerabilidad sanitaria o social y derivarlas a otros servicios y recursos y a la inversa. Incluso desde determinados servicios públicos y profesionales se derivaba a personas mayores y dependientes hacia el grupo comunitario para facilitarles la adquisición de, por ejemplo, alimentos o fármacos. En este sentido, podemos hablar de relaciones bidireccionales de derivación y cooperación. No obstante, e inicialmente, desde las iniciativas se contemplaba que las derivaciones a servicios públicos solventarían las problemáticas, pero, con el paso del tiempo, nos constatan cómo gran parte de sus necesidades carecieron de respuesta y cobertura debido a los dilatados tiempos en el acceso, gestión y recepción de las prestaciones y recursos, de manera que, el número de personas que demandaban ayuda a las iniciativas se fue incrementando.

En una segunda etapa, a partir de un mes después de decretar el estado de alarma y con el avance de las fases de desescalada, las demandas se incrementaron y ya no consistían, exclusivamente, en prestar ayuda para hacer la compra por no poder salir de casa o con motivo de los riesgos de contagio, sino que se planteaba la carencia de recursos socialmente entendidos como básicos, tales como alimentos, fármacos, vivienda, luz, agua, butano, etc. Desde esta etapa, las personas entrevistadas identifican el incremento de los problemas al percibir cada vez a más gente que no recibía ayudas y no podían satisfacer sus necesidades básicas de supervivencia. A partir de este momento, las iniciativas destinaron sus esfuerzos a incrementar la movilización y coordinación de recursos internos y externos con el objetivo de hacer frente al incremento de las situaciones de necesidad y de población en situación de vulnerabilidad. Así nos lo explica, por ejemplo, Juanjo:

> Es verdad que, en el propio devenir del grupo, pues empezamos a encontrarnos con otro tipo de problemas y planteamos en el grupo de apoyo vecinal: 'Oye, nos encontramos con una serie de problemáticas que antes no teníamos delante'. Nosotros antes íbamos a comprar a la farmacia, aquí y allá... pero ya nos encontramos que hay gente que no puede pagar el alquiler, que no puede tal... y surgen problemáticas que no son las del primer momento. (Juanjo, grupo de cuidados vecinales del Zaidín, Colectivo La Ribera, Granada, C199)

Por último, y en lo que consideramos una tercera etapa en las iniciativas comunitarias, las personas entrevistadas nos comparten los cambios que se han ido produciendo desde su creación hasta pasado un año y medio después. En esta línea, los y las protagonistas destacan cómo las iniciativas se fueron reduciendo tanto en las actividades, frecuencia de las mismas como en el grado de implicación y colaboración de personas promotoras, participantes y vecinas. Como veremos en el apartado 6.6.2 de este capítulo, este descenso es interpretado por las dificultades de conciliación con la vida laboral y personal por parte de sus protagonistas, las propias situaciones de dificultad vivenciadas, el avance de las fases de desescalada y las medidas establecidas por las autoridades competentes. No obstante, algunas protagonistas nos subrayan cómo la incorporación de nuevas personas tras los meses de verano de 2020, ha dado un empujón a las iniciativas y ha fortalecido a sus integrantes. A pesar de esto último, constatamos dificultades de sostenibilidad de las iniciativas comunitarias de nueva creación, hasta la desmovilización de gran parte de ellas.

Concretando en el funcionamiento interno de las iniciativas, apreciamos dos formas características de organización comunitaria mediatizadas por las tecnologías digitales, que en ocasiones pueden darse a la par en el seno de una misma iniciativa. En este sentido, en primer lugar, diferenciamos una manera de organización estructurada entre un grupo promotor y un grupo voluntario. De este modo, la coordinación de todas las actividades, la identificación de necesidades, la movilización de participantes, recursos y servicios, así como la articulación de personas necesitadas de apoyo y de personas colaboradoras recaía sobre el grupo promotor. Por su parte, en el grupo voluntario, donde se encontraban las personas que coordinaban, se planteaban las demandas y necesidades, se organizaban las personas implicadas en su respuesta y se pasaba a una comunicación directa entre las dos partes para trasladar y atender a la persona o familia que solicitaba apoyo, poniendo en contacto directo a vecinos y vecinas con participantes de la iniciativa. En segundo lugar, distinguimos iniciativas que, tras su constitución mediante un grupo general de mensajería instantánea, mayoritariamente WhatsApp, se organizan en asambleas abiertas *online* o presenciales (en función de las medidas establecidas en cada territorio) operando mediante un orden del día, y distribuyendo los objetivos, actividades, roles e integrantes mediante diferentes grupos de trabajo que funcionaban de forma igualmente asamblearia y autónoma, respecto a la asamblea general. Por último, en el marco de las anteriores formas de organización, las personas entrevistadas subrayan una distribución igualitaria y horizontal de las tareas y en la toma de decisiones, destacando que se organizaron en función de las diferentes disponibilidades de quienes participaron y adaptándose a sus circunstancias. No obstante, percibimos una mayor asunción de trabajo y de responsabilidades por parte de las personas promotoras de las iniciativas.

6.4.2. SOBRE QUIÉNES ACTIVARON, HICIERON POSIBLE Y SOSTUVIERON LAS INICIATIVAS

Las iniciativas comunitarias son promovidas e integradas por diversas comunidades, entendidas como sujetos y agentes sociales, habitantes del territorio, voluntariado y personas colaboradoras que desarrollan implicaciones sociales similares en un sistema social y entorno comunes. En algunos casos, y como hemos visto anteriormente, las iniciativas de nueva creación pueden contar con el apoyo de asociaciones previamente existentes e incluso ser promovidas por la articulación de ellas. En otros casos, las iniciativas cuentan con la colaboración de profesionales de servicios sanitarios o sociales presentes en el territorio. Igualmente, las iniciativas se apoyan en las redes preexistentes de los diferentes barrios ya sean sociales, vecinales, asociativas o servicios, establecimientos y comercios locales y colaboradores. Por otro lado, aunque de manera no generalizada, las iniciativas pueden desarrollar algunas actividades en colaboración con entidades públicas u otras iniciativas comunitarias similares, como es el caso de La Colla Cuidadora en Barcelona, o Envejece en tu Pueblo en Artieda Huesca.

A partir de las experiencias relatadas identificamos a personas que desde el impacto de la pandemia impulsaron las iniciativas y acabaron convirtiéndose en promotoras de las mismas, y por otro, a quienes participaron como participantes, vecinos/as, colaboradores/as o voluntariado. Las personas que activaron y promovieron tales iniciativas han desarrollado un papel activo en la organización, coordinación, comunicación y dinamización de las mismas ofreciendo apoyo, información, gestión y movilización de una multiplicidad de recursos para garantizar la respuesta comunitaria a la pandemia, tornándose centrales en la sostenibilidad de las propias iniciativas. En este sentido, nos comparten un elevado impacto a nivel personal, emocional, psicológico, laboral, familiar y social derivado de su implicación en la iniciativa. Destacan problemas de conciliación y elevados niveles de estrés y desgaste fruto de la urgencia de los casos atendidos, del incremento de personas y familias necesitadas de ayuda a medida que iba avanzando la pandemia, de la complejidad logística de coordinación, de la carencia de

conocimientos, infraestructuras y recursos, del escaso apoyo de Gobiernos, Administraciones y entidades públicas, y de la sensación compartida de una carencia en la profesionalización de los cuidados y la necesidad de formar al voluntariado:

> Después del confinamiento, que nos reunimos un poco, con el tema del centro de salud, nos reunimos para ver qué pasaba a partir de ahora, salieron muchas propuestas. Me acuerdo que hubo un momento que dijimos: 'Todo esto está muy bien'. Pero es que el tema de cuidados ha podido llevarse adelante, porque yo estoy haciendo una tesis doctoral y en marzo dije que la apartaba hasta que terminase porque la realidad nos está avasallando. Y [compañero promotor] también pudo aparcar el libro. Pero una persona con un trabajo normal no puede asumir lo que nosotros hemos hecho; o con hijos, o con cierta inestabilidad económica... porque yo no tengo beca entonces no tenía que dar cuentas a nadie. Era todo el día. (Marina, Comité de Cuidados Vecinales, Ajuntamiento Albaicín, Granada, C261)

Por su parte, las personas colaboradoras o participantes se han implicado en diversos grados, roles y actividades que pueden variar con el transcurso del tiempo y en función de sus respectivas situaciones socio-personales. Por ello, distinguimos diferentes opciones de implicación que oscilan desde colaboraciones puntuales, participación continuada en determinadas actividades, la asunción de responsabilidades y roles en relación con la coordinación de los grupos de trabajo o la presencia pasiva con objeto de mantenerse informadas y/o participar o retomar su participación en un momento más idóneo. Lo cual nos habla del carácter flexible de la organización y gestión comunitaria ante los efectos de la crisis. En relación con los impactos derivados de la participación en la iniciativa y la conciliación de la vida personal, laboral, familiar y social con las actividades asumidas encontramos un marcado contraste con respecto a las personas promotoras y coordinadoras de las iniciativas comunitarias. En este sentido, las personas participantes nos trasladan sus experiencias en términos positivos de autorrealización, bienestar, aprendizaje, contribución social, etc.

Como afirmamos en un principio, las iniciativas comunitarias en su emergencia inmediata han movilizado a numerosas personas participantes, no obstante, como veremos en el apartado 6.6.2 de este capítulo, apreciamos un descenso generalizado del número de personas implicadas en la totalidad de las iniciativas debido a la articulación de diversos factores como: la prolongación de la situación, el aumento de personas en situación de riesgo y vulnerabilidad social, el incremento acelerado de personas demandantes de ayuda, el avance de las medidas de desescalada, así como problemas derivados del impacto que el desarrollo de la actividad ha tenido en las personas promotoras y participantes y los inconvenientes de conciliación social, laboral, familiar y personal.

6.4.3. INICIATIVAS PREEXISTENTES

Las iniciativas comunitarias que ya existían antes de la pandemia, con la llegada de esta vieron transformada su labor. Como ya se mencionó anteriormente, entre estas, las había que ya se dedicaban de forma expresa y concreta a los cuidados de mayores y dependientes; mientras que otras tenían tareas y objetivos diferentes, pero que con la nueva situación incluyeron entre estos lo relacionado con el cuidado. Veamos con detenimiento cómo se desarrolló este proceso.

6.4.3.1. MÁS CERCANAS A LOS CUIDADOS

Las iniciativas que ya estaban trabajando cuestiones relacionadas con la atención a mayores y dependientes tenían, como es lógico, un discurso más trabajado y estructurado sobre el tema. Además, y en conexión con ello, es reseñable que tuvieron en cuenta desde un inicio problemáticas como la soledad no deseada, conocían mejor a la población a atender y sus necesidades concretas, y contaban con más recursos para atenderlas.

A pesar de la variedad de objetivos y de estructuras internas que existían entre las iniciativas que contemplaban el cuidado entre sus prioridades, el patrón general fue que proyectos bien asentados, que llevaban a cabo distintos tipos de actividades y tareas con personas mayores y tenían un reparto claro de responsabilidades, tuvieron que reinventarse al cancelar toda actividad presencial debido a la situación sanitaria. Algunas intentaron recrear actividades usando la tecnología. Se enviaron tareas para que las personas mayores las realizaran en casa, se organizaron talleres y encuentros mediante videollamadas grupales y, ya en la desescalada, se adaptaron las actividades presenciales para respetar las medidas de seguridad. Otras iniciativas acabaron por volcarse en actividades semejantes a las que realizaron las de nueva creación, con la compra de alimentos y medicamentos. En algunos casos incluso se combinaron ambos tipos de actividad, en un intento de seguir cubriendo las necesidades anteriores y abordar las nuevas que habían surgido con el confinamiento y la distancia social. Para que esto fuera posible, las estructuras de funcionamiento previas en ocasiones tuvieron que ceder el paso temporalmente a nuevas y más flexibles formas de organizarse, emulando a otra escala esa sensación de igualitarismo no estructurado, que caracterizó a las iniciativas de nueva creación.

Realizar esta adaptación no fue fácil. Aunque en general los esfuerzos dieron frutos y se valoraron positivamente los resultados, es frecuente la descripción de una sensación de caos e incertidumbre entre las personas participantes en estas iniciativas. Estas palabras han sido reiteradas a la hora de hablar de la pandemia en general, pero en este caso se sumaba una preocupación inmediata por el bienestar de personas mayores especialmente amenazadas por la pandemia y con las que se tenía una relación muy directa. También con la sensación de que el trabajo desde la iniciativa era más importante que nunca, al mismo tiempo que había que cambiar por completo la forma de funcionar sin ninguna guía más allá del sentido común y, en algunos casos, sin el apoyo de la organización más amplia en la que se inscribía la iniciativa o de las instancias de la Administración con las que anteriormente se había colaborado:

> A nivel personal, gestionar todo esto me supuso muchas dificultades emocionales, era muy difícil no poder ayudar, no tener respuesta. A pesar del trabajo en red con entidades, la comunicación con la dirección de la entidad, nadie tenía respuesta para estas personas y yo era su referente y tampoco la tenía. Obviamente estaba allí y horas y horas de teléfono, pero tener que tomar decisiones sin ningún referente ni ningún precedente era una angustia constante. (Martina, Associació la Gresca, proyecto A la Flor de la Vida, Ripollet, Barcelona, C141*)

La suma de estos nuevos retos a las dificultades de base que existían previamente y que habían motivado la existencia de los proyectos (falta de actividad debido a la ausencia de un rol social para las personas mayores, redes sociales deterioradas, etc.), llevó a que quienes participaban se vieran a veces impotentes para frenar o poner remedio al deterioro físico y emocional de algunas de las personas mayores con las que trabajaban. Para colmo, algunas de las personas entrevistadas inciden en la implantación de una sensación de miedo generalizado entre esta población, la cual, en muchos casos, se mantiene más allá de los períodos de confinamiento. Una sensación que, junto con la llegada de las siguientes olas, ha impedido que se volviera a la rutina que se tenía antes de la pandemia:

> Lo que se hicieron fue aumentar todo el tema de actuaciones a nivel individual, pues pleno en momento de confinamiento total, que no se podía ni hacer apenas visitas, se hizo todo a nivel telefónico o con videollamadas con aquellos que tenían WhatsApp. Se hacían videollamadas… potenciar todo el tema más individual, potenciar todo el tema de lo que os he dicho de las compras, se suspendió el comedor y se empezó a hacer el servicio de comida a domicilio aquí en el pueblo, que ahora mismo se continua llevando a cabo, porque como el comedor tampoco se puede seguir… al final lo que se hizo fue seguir estando y, una vez que se va abriendo el confinamiento, trabajar mucho el tema del miedo, porque sí que es algo que

> nos encontramos con los mayores, de luego no querer salir para nada, trabajando hacia la nueva normalidad con una protección, pero para romper ese aislamiento que ha creado la pandemia. (Isabel, proyecto comunitario Envejece en tu Pueblo, Artieda, Huesca, C288)

Cuando hablamos de las adaptaciones que se hicieron desde estas iniciativas es fundamental señalar el peso que ha tenido la brecha digital. Si el abrupto incremento del uso de las nuevas tecnologías ha conllevado exclusiones en términos generales, cuando hablamos específicamente de personas mayores este efecto se ve multiplicado. La mediación digital supuso un obstáculo para el acceso de buena parte de la población a las nuevas actividades que se organizaban. Por ello, el conocimiento de la población y el contacto directo y personalizado con la misma que remarcábamos antes, es decir, la existencia previa de esas relaciones cercanas, continuas y de confianza que las iniciativas nuevas tuvieron que pugnar por establecer, han sido fundamentales. Las ausencias se percibieron de forma inmediata, y se contaba con los contactos y medios para intervenir, evitando un aislamiento aún mayor y asegurándose en todo momento de que ninguna persona quedase en una situación de necesidad sin nadie que la atendiese. Entre estas intervenciones, la formación tecnológica ha sido una de las más importantes, pues permitía salvar esos obstáculos y posibilitar la participación de las personas mayores en el resto de las actividades, además de facilitar también su contacto con sus familiares.

Viñeta 6.4. La reinvención de la comunidad: ahora 2.0

A la Flor de la Vida es un proyecto que lleva a cabo la Associació la Gresca en Ripollet (Barcelona) desde 2016 y que da respuesta a las necesidades cotidianas de las personas mayores. Durante el confinamiento tuvieron que adaptar un proyecto que era en su totalidad presencial, a la virtualidad, con un colectivo que no era habitual de las tecnologías. El personal con el que disponían en ese período era una coordinadora y una monitora para 150 personas que acudían habitualmente. Plantearon un proyecto llamado La Vuelta al Mundo desde Casa en el que, a partir de la realización de actividades que tenían explicadas por vídeo, iban consiguiendo sellar un pasaporte virtual con ciudades de todo el mundo. Tuvieron que adaptarse constantemente a las dificultades que iban surgiendo en el transcurso del proyecto. En primer lugar, las sesiones de formación a distancia sobre tecnologías (desde, precisamente, las propias tecnologías). En segundo lugar, disponer de una alternativa para las personas que no podían acceder a internet o a un dispositivo móvil, para las que optaron por una propuesta telefónica. En tercer lugar, el tamaño de los videos frente a la escasa capacidad de sus teléfonos. Para salvar este obstáculo, colgaron los vídeos en la red, pero esto supuso un gasto en sus tarifas de internet que, a su vez, empleaban para contactar con sus amistades y familia. Optaron así, por reducir la periodicidad de los vídeos intentando paliar estos inconvenientes. Por último, más allá de la propuesta de actividades, se realizaba un acompañamiento individualizado por WhatsApp o teléfono, una gestión que supuso a las monitoras, un gran desgaste por la falta de estructura para esta virtualidad obligada.

En resumen, podríamos decir que las iniciativas y sus participantes tuvieron que actuar desde la escucha, intentando detectar las nuevas necesidades que surgían, no olvidando las que ya se atendían y manteniendo las redes que se habían trazado previamente, para poder ir dando respuesta a una situación nueva que afectó a las personas mayores de múltiples maneras en función de muchos factores, en muchos casos individuales. Esta actitud de escucha es descrita tanto por miembros de asociaciones y otro tipo de organizaciones sin ánimo de lucro. Se trata, al fin y al cabo, de la movilización de las actitudes y habilidades que se desarrollan en el trabajo de cuidados (MOL *et al.*, 2010), empleadas en este caso para responder a un cambio de contexto en el que aparecieron problemáticas nuevas, pero también se transformaron las anteriormente existentes:

> Las respuestas que teníamos al inicio de la pandemia eran de miedo, incertidumbre, ya fuera por teléfono o por WhatsApp nos hacían llegar esta angustia y nosotros no podíamos dar

> respuesta, en primer lugar, porque no estamos allí y cuando cualquiera de las personas que tenemos, necesita un abrazo o escuchar que estamos allí, lo hacemos, pero ahora no era cierto, no estábamos, o no estábamos físicamente. (Martina, Associació la Gresca, proyecto A la Flor de la Vida, Ripollet, Barcelona, C141*)

Un evento tan catastrófico como ha sido la pandemia, con consecuencias tan amplias y que se ha cebado con las poblaciones más vulnerables, ha tenido, como es lógico, efectos muy negativos sobre el desarrollo de las iniciativas ya existentes en el sentido de agotamiento por el sobreesfuerzo. En este sentido, se ha señalado cómo algunas de estas iniciativas han perdido su carácter comunitario: al desaparecer la presencialidad, el aspecto de socialización más participativo se ha diluido, convirtiéndolas más bien en una provisión de servicios para actores pasivos.

> Pues la verdad es que el proyecto ha tenido, a mi juicio, esta es una opinión totalmente personal y subjetiva, creo que el proyecto ha perdido una de sus patas esenciales, que era el trabajo comunitario al final, o sea, yo veo a las personas mayores del pueblo que antes eran usuarias de las comidas comunitarias, la verdad que quizás, yo personalmente no era consciente de lo que suponía estas comidas comunitarias para las personas mayores de mi pueblo hasta ahora que ha llegado un invierno, y un invierno con pandemia, para darme cuenta que, por ejemplo mi tío que, bueno, ahora a día de hoy sigue siendo usuario [de la iniciativa] pero come en su casa, me estoy dando cuenta de lo importante que es también la socialización con semejantes y también con diferentes para el propio bienestar personal. (…) Los inviernos son momentos de mucha menos actividad y quizá esa barrera la había roto el proyecto. En invierno ofrecía una alternativa en un especio caliente y seguro para, bueno, agradable, unas condiciones agradables, para la gente mayor. Y ahora en invierno y sin esto, quizás se está notando mucho más que antes de que existiera el proyecto. (Vicente, proyecto comunitario Envejece en tu Pueblo, Artieda, Huesca, C298)

Al mismo tiempo, es necesario señalar cómo la existencia de ciertas prioridades ha dejado sin atender determinadas problemáticas o relegado a un segundo plano otro tipo de necesidades. No hemos encontrado iniciativas que se hayan planteado de forma concreta la situación de las personas con diversidad funcional y, nos indican, que la capacidad de estas personas para protestar por estas exclusiones, tanto por parte de la Administración como a nivel comunitario, se ha visto mermada cuando no, deteriorada. Según Malena (C136), las reivindicaciones en favor de las personas con diversidad funcional (concretamente con movilidad reducida) han perdido fuelle. Esta falta de energía se interpreta por las propias activistas como causada por la intensificación de las situaciones de precariedad de quienes participaban, que quedaron abocados/as a intentar, meramente, sobrevivir. En consecuencia, se ha producido un retroceso en la capacidad organizativa de estas iniciativas. Por su parte, las centradas en mayores LGTBIQ+ señalan cómo se ha recrudecido un problema preexistente: el de la soledad no deseada. Las medidas que se han tomado para abordar esta cuestión se han centrado en imágenes normativas de la familia nuclear consanguínea, lo cual ha dejado fuera otras afinidades y relaciones de reciprocidad/cuasi parentesco, muy comunes entre personas LGTBIQ+, especialmente las mayores, dada la exclusión histórica que han sufrido de las formas normativas y reconocidas de familia:

> Pues bueno, con el tema del covid, pues nos ha descolocado muchísimo más, porque teníamos todo un proyecto y ya estábamos trabajando (...) Entonces todo eso que habíamos conseguido aquí con [la iniciativa], pues al llegar el covid y al tener que cerrar, pues claro, fue un mazazo para toda la sociedad en general, pero para el colectivo más porque nos encontramos con una soledad, y destapa esa soledad no deseada que tanto, tanto se está ahora trabajando, ¿no?, y estamos un poco intentando. Pero esto ha acelerado muchísimo. (Francisco, Fundación 26D, Madrid, C246)

Sin embargo, no todo ha sido negativo. La capacidad de reacción de las iniciativas de corte comunitario ante la situación se ha contrastado, en la mayoría de los casos, con la lentitud de las instituciones públicas. Esto ha reafirmado a quienes participaban de las iniciativas en el valor de su labor y la importancia de fomentar estos modelos de cuidados con implicación comunitaria, en muchos casos llevándolas a pensar incluso en la posibilidad de ampliar de forma duradera sus ámbitos de actuación a partir de las nuevas actividades desarrolladas. Este convencimiento y estas ambiciones, sin embargo, vienen acompañados de dudas y angustias sobre la viabilidad de los proyectos, especialmente debido a que el distanciamiento social, que continúa con las sucesivas olas, juega en contra de la posibilidad de establecer los vínculos que posibilitan esta forma de cuidados.

En el caso particular de las viviendas colaborativas, la llegada de la pandemia ha supuesto algunos cambios organizativos (dando un mayor papel a los espacios de coordinación y toma de decisiones ya existentes) y reforzando algunos servicios que ya se estaban poniendo en marcha, como sucedió con el servicio asociado a la dependencia.

> Pues mira desde el punto de vista organizativo creo que esta situación ha hecho que la gerencia y el Consejo Rector tengan muchísimo más peso del que tenían ¿vale? ¿Por qué? Porque como las soluciones que había que ir dando, incluso en el tema del comedor, en la medida en que estábamos confinados había que dar una solución de qué hacíamos con las comidas porque ese servicio había que seguir dándoselo a las personas porque es un servicio... no podíamos tampoco hacer que todas las personas ahora cocinaran aquí porque algunas sí podrían, pero posiblemente otras no estarían en condiciones. Entonces ahí, eso requirió una reorganización importante y ahí tuvo mucho peso específico tanto la gerencia como el Consejo Rector para ir buscando soluciones. (Emilio, vivienda colaborativa Trabensol, Torremocha del Jarama, Madrid, C248)

> Y luego el servicio dependencia yo diría que sí que se ha planteado el que había que ofrecer más servicios, lo que quiere decir rebajar costos, trabajar personal... porque con lo que se estaba teniendo no había bastante. (…) Como que era personal de este polivalente que hace cuidados domésticos... En los que se incluye el cuidado personal más el cuidado a domicilio (...) y si han de hacer una asistencia personal, limpiar menos por la noche que por la noche se limpiaban una serie de sitios que ahora se limpian menos porque no se ocupan. (Virginia, vivienda colaborativa Trabensol, Torremocha del Jarama, Madrid, C247)

Al igual que en otras iniciativas, una cuestión que se ha destacado en todo momento, expresado además con orgullo, es cómo la autogestión ha permitido una toma de decisiones más rápida, al no estar a expensas de la Administración. Esto ha permitido que el impacto de la covid en términos de infecciones y muertes haya sido incomparablemente menor en las viviendas colaborativas respecto a lo sucedido en las residencias. Una consecuencia que se destaca es que en las viviendas colaborativas no se ha producido una refamiliarización del cuidado: el éxito relativo en la gestión de la situación ha consolidado los proyectos y la implicación de sus residentes.

Al mismo tiempo, las formas de convivencia y socialización se han visto necesariamente alteradas. Los espacios comunes, como comedores, han tenido que gestionarse de distinta manera, lo que ha afectado a las formas de relacionarse: los vínculos entre los y las residentes se han vuelto forzosamente más distantes, perdiendo peso ese aspecto comunitario en las redes de estas personas, que era uno de los aspectos más valorados en estas iniciativas. Si bien es cierto que una cooperativista destacaba precisamente la cercanía de la presencia de otros residentes como una ventaja durante el confinamiento:

> Claro, a mí me preguntaban: '¿y estabais solos en el apartamento? ¡Qué horror!' Dices: 'no, qué horror no', porque sabes que en la pared de al lado tienes gente, aparte de que tú vayas con el teléfono (...) y hay ruido en la casa, sabes que hay gente que bueno, que aquí están, ¿no?

> O sea, la presencia... no los veías, pero sentías la presencia continuamente, claro. (Virginia, vivienda colaborativa Trabensol, Torremocha del Jarama, Madrid, C247)

Pero esta presencia era claramente más indirecta que el tipo de contacto que se daba con anterioridad. Ha sido interesante, en ese sentido, la emergencia de una diferencia en la percepción de los espacios comunes entre los/as residentes que viven solos/as y quienes conviven con otra(s) persona(s) (para una exploración más detallada, véase el apartado 6.4.4 de este capítulo). En cualquier caso, estos cambios, motivados en buena medida por el miedo al contagio, han llevado a problemas de mayor aislamiento, con el consiguiente deterioro cognitivo que también se ha señalado en otras iniciativas preexistentes.

6.4.3.2. MENOS CERCANAS A LOS CUIDADOS

Por último, merece la pena señalar la existencia de algunas organizaciones que no contemplaban el cuidado como parte de su labor pero que, sin embargo, ante las nuevas necesidades sobrevenidas con la pandemia, decidieron incluir actividades relacionadas con los cuidados entre sus tareas. Destacan dos ejemplos muy distintos que nos hablan, en cada caso, de aspectos importantes de lo que supone la respuesta social a las crisis más allá de la Administración. Por una parte, destacamos el colectivo al que pertenece Mikel, en Barcelona, un espacio creado en los años ochenta que nació como lugar de "producción, distribución y venta de materiales alternativos, críticos" (Mikel, Red de cuidados vecinales, Associació Cultural del Raval El Lokal, Barcelona, C159). A lo largo de los años sus objetivos han ido mutando, pero se ha convertido en un nodo físico importante en la red de colectivos de todo tipo que existe en el barrio, lo cual lo convierte en un referente de gran implantación. En coherencia con su forma de operar desde sus inicios, con la llegada de la pandemia se adaptó a las nuevas prioridades, convirtiéndose en punto de encuentro y coordinación de las redes de apoyo y cuidados del barrio y de estas con la Administración. Este ejemplo nos habla de la importancia que tienen ciertas organizaciones en el tejido de los barrios y cómo ese lugar les puede permitir, en momentos de crisis, ejercer como puente para atender las necesidades de la población.

Por otra parte, tendríamos el que seguramente sea el caso más peculiar que hemos encontrado: el de una asociación que defiende el uso de patinetes eléctricos y otros vehículos de movilidad personal. Al decretarse el estado de alarma, esta organización mutó por completo para convertirse en un servicio de transporte de alimentos, medicamentos y materiales con un nivel altísimo de actividad y coordinado con servicios sociales, hospitales y centros de salud, bancos de alimentos e incluso empresas de fabricación de material sanitario. En este caso, lo que podemos ver es cómo un *shock*, de la escala del que sufrimos con la irrupción de la pandemia, genera respuestas insospechadas, que sirven para canalizar solidaridades que, en circunstancias normales, permanecen inactivas, pero que en casos extremos sirven para mantener la cohesión social y superar las adversidades.

6.4.4. LAS INFRAESTRUCTURAS DEL CUIDADO EN LAS INICIATIVAS COMUNITARIAS

Dentro del análisis de este tipo de iniciativas durante la pandemia, nos parece interesante prestar atención a los recursos utilizados para su puesta en práctica. En esta aproximación acudiremos a la noción de infraestructura que se ha extendido recientemente en diferentes ámbitos como el medio ambiente (con la popularización del término: infraestructura verde, para designar a cualquier ecosistema vegetal estable en un determinado territorio), la arquitectura (MOGOLLÓN y FERNÁNDEZ, 2019) o en las estrategias colectivas de sostenibilidad de la vida (MOGOLLÓN, 2021). A este respecto, nos parece sugerente la distinción que Irati MOGOLLÓN (2021) establece entre infraestructura dura y blanda, haciendo una analogía de los

términos *hardware* y *software* utilizados en informática. Si bien no daremos exactamente el mismo sentido a este término que propone esta autora, creemos que esta noción es inspiradora y útil para llamar la atención sobre la importancia que han jugado diferentes elementos y recursos activados de tipo material, relacional y simbólico en la puesta en marcha de diversas iniciativas comunitarias.

Con la noción de infraestructura dura nos referimos al conjunto de elementos materiales y visibles que han jugado un papel fundamental en la puesta en marcha de las iniciativas. Dentro de las infraestructuras duras destacamos el papel que han jugado los espacios físicos, algunos recursos materiales (máquinas de coser, vehículos de transporte, por ejemplo), así como las infraestructuras tecnológicas. Así, numerosos locales reconvertidos, desde sedes de asociaciones, parroquias, o incluso teatros como sucedió con el Teatro del Barrio de Lavapiés en Madrid o pabellones deportivos como el del Serrallo en Tarragona, jugaron un papel importante como espacios para albergar personas sintecho, para hacer acopio de material (especialmente comida), y como lugares desde los cuales organizar el reparto:

> En la nave de esta mujer que hace catering para conciertos. Ella tiene una navecilla que no tenía unas condiciones óptimas pero dado que los repartos se hacían por la mañana y tal y tenía un frigorífico y pues se podía utilizar, ella lo cedió (…) Al cabo de unos meses el ayuntamiento nos cedió un local en el que ahora hacemos los repartos y es la sede y el almacén [nuestro] pero eso ya fue muy empezada la iniciativa ¿eh? (Pilar, Fresnecuida-Solidaridad Vecinal Organizada, Fresnedillas de la Oliva, Madrid, C344)

Junto a los locales, otro elemento reseñable asociado a las infraestructuras duras lo constituyen las máquinas de coser y todo el instrumental puesto en marcha que, especialmente en los primeros momentos, se utilizó en las numerosas iniciativas que surgieron de forma más o menos espontánea para la fabricación de mascarillas caseras y equipos de protección sanitaria ante la escasez de material existente:

> Las mascarillas, pues ahora todo el mundo parecía muy… pero quien no tenía, ¿cómo conseguías mascarillas? Entonces, que los manteros se pusieran a fabricar mascarillas de forma gratuita para todo el mundo, pues fue algo impresionante y eso no había ocurrido. Y tenían treinta máquinas de coser ahí y estaban todo el día ahí, pues porque cosen, la mayoría saben coser. (Mikel, Red de cuidados vecinales, Associació Cultural del Raval El Lokal. Barcelona, C159)

> … porque claro, teníamos perfiles muy diferentes, ¿no? desde gente que había cosido toda la vida, otros que tenían nociones... otros decían: 'yo no sé coser, pero si puedo ayudar en algo...'. El material, la tela se debía cortar, cuando la teníamos cortada se debía llevar... a lo mejor alguien decía: 'a mí se me ha acabado la goma pero todavía me queda tela... a mí me queda tela pero no tengo hilo... a mí se me han roto las agujas de la máquina...', es decir, llegar a todo esto era una complicación (...). Estuvimos haciendo mascarillas, estuvimos haciendo, cuando se terminaron las mascarillas ... entonces estuvimos en contacto con el hospital, y nos pidieron que si podíamos ayudarles a hacer las batas estas hechas de bolsas de basura ... y dijimos: 'bueno, si nos dais los patrones...'. Hacíamos vídeos tutoriales (...) íbamos mejorando los modelos, quiero decir, después dejábamos la apertura para que se pudiera poner un filtro TNT [textil no tejido] o filtro de estos de toallita, ¿sabes? en las mascarillas, hicimos batas de plástico para los sanitarios (...). Hicimos pantallas porque encontramos a alguien que tenía tres máquinas de estas 3D [tridimensional] o en ocasiones con tapas de encuadernación. (Rossó, Red de Confección de Mascarillas, Lleida, C096*)

También adquirieron importancia las infraestructuras relacionadas con el transporte y la logística que permitieron, entre otros, el desplazamiento de personas participantes en las iniciativas para movilizar personal o material:

> Como teníamos problemas de logística cuando teníamos que llegar... yo pedí a los taxistas si voluntariamente nos harían esto y nos dijeron que sí, entonces yo llevaba la hoja de recogida o de reparto a los taxistas. (Rossó, Red de Confección de Mascarillas, Lleida, C096*)

> También llevábamos cajas de la chica que vendía tejidos [para la confección de las mascarillas] por internet y lo llevábamos a Correos. Un día la tuvimos que llevar la furgoneta y todo con un montón de cajas, de mantas, de colchas… también hicimos este servicio. (Terenci, voluntariado local apoyado por Cruz Roja, La Selva del Camp, Tarragona, C118*)

Más allá de los locales e instrumental necesarios para la fabricación de mascarillas, los recursos movilizados en el marco de estas iniciativas han ido más allá. En este sentido, una de las iniciativas más interesantes, por su singularidad y por ilustrar muy bien cómo algunas asociaciones modificaron sus fines de actuación en medio de la pandemia para intentar ayudar en un contexto de emergencia, es la que llevó a cabo la AMPEG de Granada, como se muestra en la viñeta etnográfica siguiente:

Viñeta 6.5. La comunidad en patinete

La Asociación para la Movilidad Personal y Ecológica (AMPEG) de Granada se dedica, en palabras de su presidente, a "defender los derechos de los patinetes eléctricos frente a las autoridades". Sin embargo, con la declaración del estado de alarma, sus integrantes se organizaron para emplear la estructura previa de la organización con un nuevo fin: el transporte y reparto de alimentos, medicamentos y materiales, aprovechando la rapidez de movimientos que proporcionan los patinetes. Se organizaron a través de tres grupos de WhatsApp: en uno, la gente que necesitaba ayuda material, la pedía (y además se conversaba y se expresaba apoyo moral); en otro, se encargaban los servicios de transporte a voluntarios de la asociación; el tercero lo formaban quienes asumieron tareas de coordinación (unas seis personas). Estos últimos tuvieron, además, un importante grado de especialización: una persona generó un mapa interactivo con el cual poder geolocalizar tanto a voluntarios como a personas que pedían ayuda para asignar de forma más eficiente los encargos; otra persona se convirtió en contacto con empresas que fabricaban material sanitario; otra diseñó los protocolos sanitarios a cumplir por los voluntarios; otra quedó encargada de organizar los repartos de comida... Gracias a esta estructura, la iniciativa pudo tener un nivel alto de actividad: desde mediados de marzo al mes de junio, "de diez de la mañana a nueve de la noche era un sin parar". Coordinados con servicios sociales, bancos de alimentos, hospitales y empresas, y publicitados en medios de comunicación locales e incluso nacionales, la iniciativa se mantuvo en funcionamiento llevando alimentos a quienes los necesitaban, medicamentos a pacientes oncohematológicos con las defensas bajas y materias primas a las empresas para la fabricación de mascarillas y pantallas que después llevaban a los centros sanitarios. Este servicio dejó de operar al acabar el confinamiento y estaba en *standby* en el momento de la entrevista (noviembre 2020), pero los organizadores estaban dispuestos a "reactivarlo en cualquier momento" si el desarrollo de la pandemia lo hacía necesario.

Pero, sin duda, dentro de las infraestructuras duras, el papel más destacado lo han ocupado las infraestructuras tecnológicas, entendidas estas como el conjunto de tecnologías digitales conformadas por dispositivos móviles, tabletas, ordenadores, servicios de mensajería instantánea (como WhatsApp o Telegram) y correo electrónico (fundamentalmente Hotmail y Gmail), plataformas de video llamada (predominantemente Skype y Zoom), redes sociales (como Facebook, Instagram o Twitter), plataformas de organización y trabajo colaborativo (como Doodle y Drive) y aplicaciones de geolocalización (especialmente Google Maps), entre otras.

El papel de las tecnologías digitales se ha evidenciado central en la gestión de la crisis social. Mediante el incremento del uso de los dispositivos, servicios y aplicaciones digitales por parte de Gobiernos, autoridades, Administraciones y servicios públicos se han coordinado y puesto en marcha las diferentes respuestas ante la emergencia. Asimismo, las tecnologías digitales han posibilitado las continuidades sociales en los ámbitos laborales, educativos, familiares,

relacionales, comunitarios, de ocio, socialización y enculturación, mediante la transición generalizada hacia lo *online*. Con todo ello se ha generado un nuevo escenario cultural altamente mediatizado por las tecnologías digitales de la información y comunicación (TIC) con profundas transformaciones en la organización social.

Desde las contribuciones de las personas entrevistadas percibimos como concretamente la mensajería instantánea y las redes sociales han sido infraestructuras facilitadoras fundamentales en los procesos de constitución de las iniciativas comunitarias de nueva creación tras el impacto de la pandemia, así como en la incorporación de sus participantes:

> Y fue un poco el que no sabíamos cómo llevar, no sabíamos cómo manejar, pero dices claro esta gente no puede salir y de alguna manera se les ha de hacer llegar los víveres. Y fue así. Y entonces, a través de las redes hicimos la llamada a quien quisiera ofrecerse de voluntario y ya te digo, tuvimos más voluntarios que casos a cubrir. (Núria, red de voluntariado del Ajuntament de Falset, Tarragona, C223*)

> De tal manera que el grupo de WhatsApp, que inicialmente era un grupo abierto, en el que todo el mundo podía escribir y opinar, lo que hicimos fue que para la gente que tenía otro tipo de inquietudes o de necesidades, se generó otro grupo de WhatsApp que lo llamamos: 'diálogos apoyo vecinal', donde cada uno podía poner cosas que... desde crucigramas, la prensa, alguna canción, a otras cosas más diversas. Sí que manteníamos las dos cosas, no diferenciadas, pero sí que en el grupo en el cual se tenían que poner las peticiones de ayuda sirviera para eso, y no para otras cosas que hacían que perdiera su utilidad. Hicimos más restringido quien podía escribir. (Juanjo, grupo de cuidados vecinales del Zaidín, Colectivo La Ribera, Granada, C199)

> Aquí se montó un grupo de WhatsApp que ha sido una forma de comunicarnos porque claro, nadie sabía nada de cómo iban las cosas y la verdad es que gracias a dos grupos de WhatsApp uno para las cosas serias y otro para las cosas más guaperas pues la verdad es que esto ha ido funcionando bastante bien y luego por teléfono, todos estaba más enganchados al teléfono 24 horas al día. (Virginia, vivienda colaborativa Trabensol, Torremocha del Jarama, Madrid, C247)

Por su parte, las tecnologías digitales han posibilitado la continuidad de las iniciativas comunitarias pre-existentes en la prestación de sus servicios y actividades de cuidados. No obstante, las medidas adoptadas por las autoridades gubernamentales y sanitarias, así como la mediatización de las TIC en sus tareas de cuidados han supuesto una reconfiguración y transformación de las mismas como analizamos en próximos apartados:

> Cuando llegó esto, pues hubo que poner en marcha otras cosas distintas a con las que habían convivido aquí desde que se fundó la cooperativa y estaban vinculadas directamente con el tema de las nuevas tecnologías. Entonces hubo que poner en marcha unos grupos de WhatsApp que favorecieran un poco que las personas no tuvieran la sensación de que estaban solas y que estaban aisladas ¿no? Eso fue un acierto ,es decir, el resultado final es que se fue haciendo de una forma muy natural es decir, las dificultades las fuimos solventando a través del teléfono a través del móvil y cuando tenían alguna dificultad teníamos unos protocolos muy exigentes en cuanto a cómo tendrían que llegar en caso de que yo tuviera que revisar aquí ordenadores móviles o cualquier otra cosa tendrían que pasar por recepción pasar por un proceso de limpieza yo recepcionaba aquí los materiales lo ponía todo en orden retornaba de nuevo pasado otra vez por recepción, por el proceso de limpieza y bueno así nos hemos ido apañando y las nuevas tecnologías se han ido incorporando aquí de una forma bastante natural y la gente pues a mí me sorprende que ha cogido una cierta habilidad ¿no? Bueno eso... desde luego ha sido algo revolucionario aquí y algo que en general la gente me ha agradecido mucho ¿no? y creo que hemos roto un poco ese nivel de aislamiento tan fuerte que hemos tenido. (Emilio, vivienda colaborativa Trabensol, Torremocha del Jarama, Madrid, C248)

Han facilitado la organización interna de las iniciativas tanto pre-existentes como de nueva creación y sus metodologías de trabajo:

> Y ahí deciden hacer para informar a todo un grupo en Andalucía, nace la Plataforma y deciden crear una web para dar información diaria y espontánea, con un teléfono para todo aquel que lo necesite, en un acto totalmente altruista. Hacemos esto y a ver si podemos ayudar a todo un sector que estaba comenzando. Me invitan a la primera reunión y me dicen que, si no me importa que inviten a otra serie de colectivos, asesores, abogados que están llevando casos parecidos, ya no solo de fallecimientos sino también de otra índole. Pero, vamos, todos son afectados de coronavirus. Yo encantadísimo así que hacemos la primera reunión que es todo virtual, claro. (Ángel, mesa coordinadora de la Asociación de Vecinos de un barrio de la periferia de Madrid, C283)

Y han sido vertebradoras en el desarrollo de las actividades orientadas a los cuidados, así como en la difusión de las mismas para acercarlas a la población en situación de riesgo y vulnerabilidad social, especialmente de las personas mayores y dependientes:

> La App sería como una especie de Wallapop, ¿no? Donde se pueden poner ofertas y demandas, para ofrecer o pedir, pues diferentes tipos de cuidados. Y van desde pues acompañamiento a gente mayor, un canguraje puntual, que alguien venga a regar las plantas, que alguien me haga la compra, necesito información sobre el barrio porque acabo de llegar y quedamos un día y me lo explicas. Un poquito todo esto. Sí que estamos viendo, que se nos queda coja para cosas que van saliendo, por ejemplo, las madres en familia monomarental necesitan compartir piso entre ellas, ¿no? Entonces aquí es como otra línea, que no teníamos contemplada y que… igual ahora generaremos un grupo de WhatsApp, para que se puedan comunicar por ahí. Por todo el tema… hemos puesto también, que enlaza con el tema de los cuidados desde después del confinamiento, todo un sistema… diferentes proyectos de intercambio de ropa, objetos para la crianza, etcétera. Y que van con sistemas de intercambio, ¿no? Entonces también espacios on-line donde poder gestionar estos equipamientos. (Irisa, pla comunitari Sagrada Familia, Ajuntament de Barcelona, C195)

No obstante, en su relevancia destacamos una ausencia de perspectiva crítica sobre lo que supone su uso, así como también hemos visto que se revelan ineficaces en relación con los contemporáneos desafíos que nos plantean aspectos como la privacidad y la seguridad[2] o la brecha digital[3]. Esta última se vincula con las regiones geográficas donde diferenciamos territorios conectados, especialmente urbanos, y otros territorios o núcleos de población desconectados o con dificultades de conexión como ciertos barrios o enclaves rurales. En el pueblo donde Gerardo y su compañero desplegaron la red comunitaria, los hijos e hijas de los habitantes, además de comunicarse diariamente con sus padres, también lo hacían a través de ellos para asegurarse de que estaban atendidos:

> [A los hijos/as] los llamamos casi a diario: 'oye, pues he visto a tu madre, está muy bien y tal', y se portaron muy bien. Luego, la verdad es que todos respondieron muy bien. (…) Y luego

[2] La mayor parte de infraestructuras digitales empleadas son diseñadas y gestionadas por las principales corporaciones industriales generando personas dependientes de tecnologías, y están caracterizadas por la necesidad de actualización y la obsolescencia programada. Así mismo, las estrategias de negocio de dichas industrias proveedoras de servicios tecnológicos se relacionan con la invasión, vigilancia y control, la monitorización de nuestras informaciones y acciones *online*, y la recopilación masiva y mercantilización de nuestros datos, denominada *Big Data*. Igualmente, la coalición entre Gobiernos, autoridades y empresas tecnológicas se sitúa en oposición a la autonomía, los intereses colectivos, activistas y disidentes políticos que obstaculizan la inclusión digital hacia la ciberciudadanía y el reconocimiento de los E-derechos o derechos digitales.

[3] Una desigualdad que tiene que ver con el acceso y permanencia en las tecnologías y entornos digitales, se ha visto incrementada en la última década, con un especial aumento tras el impacto de la covid, dada la relevancia que los avances tecnológicos digitales han adquirido en todos los ámbitos que conforman nuestra sociedad. La brecha digital se relaciona con la geopolítica, de este modo distinguimos diferencias entre países, donde el Estado español cuenta con una extensa y sólida red e infraestructura de telecomunicaciones que ha permitido proveer y sostener el significativo aumento de las TIC para gestionar la crisis.

> ya hasta que pudieron venir ellos. (Gerardo, Red de cuidados vecinales, pueblo de Cuenca, C105)

Igualmente, la brecha digital implica desigualdades sociales en relación con el género, la edad, la sexualidad, la migración, la salud, el capacitismo, etc., que supone que ciertas personas y grupos de población no cuenten con el acceso y permanencia a las tecnologías digitales, en un contexto donde los servicios públicos han continuado prestando sus recursos, prestaciones y desarrollando sus actividades fundamentalmente en el plano digital:

> [Para] la gente mayor vimos que era un poco pesado, pero sí, sí, lo hacían… 'tendré que pedir ayuda a mi nieta', ¿no? Y la nieta les ayudaba a sacar el vídeo [tutorial], porque aquel vídeo se compartía, pero las nietas no sabían tanto de coser, y las guiaban 'pues tienes que pasar la goma por aquí, tienes que hacer el borde por allí'. (Rossó, Red de Confección de Mascarillas, Lleida, C096*)

Las iniciativas han desarrollado un rol muy importante en la tarea de contrarrestar el impacto de la brecha digital en los grupos sociales conformados por personas mayores y dependientes, al desarrollar actividades que han establecido puentes entre los servicios públicos telemáticos y la población receptora, así como al proveer información, acompañamiento, gestión y apoyo para acercar los servicios digitales sanitarios, sociales, asociativos, educativos, de empleo, etc., a la población del barrio o territorio:

> Creamos una red comunitaria de internet en el pueblo y la conexión a través de la cual estoy pudiendo hablar hoy contigo es gracias a esta red. Antes teníamos una calidad de internet muy mala y bueno, con un proyecto bastante complejo que nos llevó como unos seis meses desarrollar, ahora tenemos este internet. Esto ha propiciado, por ejemplo, que los usuarios del proyecto tengan acceso a una serie de atención o de servicios que ahora, en este contexto de pandemia, son todavía más importantes. (Vicente, proyecto comunitario Envejece en tu Pueblo, Artieda, Huesca, C298)

> Pero todos los demás, los de ayuda a domicilio por videoconferencias, por acercarse, porque tampoco podíamos, no podíamos acercarnos, nos dijeron en la consejería. Como no tengáis los EPIs... que no había EPIs, es que no había en ningún sitio EPIs, no había mascarillas, no había batas, no había guantes, no había nada. Entonces tuvimos que decidir de llamarles por teléfono, enseñarles a utilizar el WhatsApp para hablar, para que nos vieran y después meterles en todo el tema este del Zoom, del otro, que ya somos unos especialistas en esto que no lo sabíamos. (Francisco, Fundación 26D, Madrid, C246)

Por ello y dado que las tecnologías digitales han tenido un papel central en el modelo de organización social de los cuidados durante la pandemia y concretamente en las respuestas comunitarias para la provisión de los mismos, sería interesante y muy pertinente profundizar y desarrollar una reflexión colectiva acerca de qué horizontes tecnológicos estamos construyendo como sociedad en relación con los cuidados.

Por su parte, en la organización de muchas de estas iniciativas hay que destacar el importante papel que han jugado las infraestructuras blandas, término con el que nos referiremos al conjunto de recursos organizacionales preexistentes que, sin tener una dimensión tangible, son fundamentales para poder articular, generar o reconfigurar la iniciativa comunitaria asociada al cuidado y ponerla en marcha. Dentro de este ámbito podemos destacar algunas formas organizativas previas, así como algunos aspectos relacionales o simbólicos. Dentro de las infraestructuras blandas, en las iniciativas que han trabajado en red, han jugado un papel importante los contactos que ya se daban con otras iniciativas, así como los espacios de coordinación previos para poder dar una respuesta unificada y atendiendo, en muchas ocasiones, al carácter complementario de las iniciativas que participaban en ella:

> Del grupo motor, somos gente de [tres colectivos de la ciudad]. Por nuestra propia trayectoria aquí en el barrio ya teníamos una experiencia de trabajo y colaboración en cosas diversas. (…) Yo creo que lo ha facilitado el hecho de que ya teníamos experiencia de colaboración, de trabajo en común, de hacer algunas cosas en el barrio, de alguna manera, había ya cierto camino andado y desbrozado. (Juanjo, grupo de cuidados vecinales del Zaidín, Colectivo La Ribera, Granada, C199)

> Nosotros nunca hemos estado en la mesa de asociación amplia, digamos, en la que es un montón de organizaciones que ahora sí estamos. Que a lo mejor son 30 organizaciones…, pero sí se creó y a través de la asociación de vecinos, fue un poco el impulsor, un grupo en el que estaban los colegios, la asociación de vecinos, el representante de la red y nosotros la parroquia. Y ahí sí que hubo una labor de no solo intercambio de información, sino de planificación, un poco de reparto de los recursos que había, de ponerlos en común. (…) nuestra estructura fue esa, es decir, las escuelas llamaban a cada familia, preguntaban cómo estaban, tenían ese cuidado, esa atención y de ahí, detectaban a qué familias entregar ese alimento o quién necesitaba, directamente, o qué necesidad tenía esa familia, ¿no? Todo eso éramos capaces de traerlo a través de la red, con una persona responsable por cada centro y poderlo coordinar desde la asociación, esos repartos luego, tanto para la entrega como luego para el reparto. (Ángel, mesa coordinadora de la Asociación de Vecinos de un barrio de la periferia de Madrid, C283)

Por su parte, en el caso de las viviendas colaborativas analizadas, hay que destacar el papel primordial que han jugado las estructuras organizativas previas a la pandemia. Así, los espacios de toma de decisiones ya generados, como el Consejo Rector en las viviendas colaborativas, y ante la singularidad de estos espacios al no ser equiparables a los protocolos establecidos en residencias, han jugado un papel fundamental en cuestiones como la adaptación de los protocolos existentes a su realidad o en la gestión de la desescalada. Este hecho hace, a su vez, que algunos testimonios destaquen cómo este tipo de estructuras organizativas han fortalecido su peso durante la pandemia:

> [Refiriéndose a la forma en como se ha hecho la desescalada] nosotros hemos decidido quién podía entrar, quien no podía entrar... de hecho de momento los protocolos que tenemos de momento establecidos... (…) ha habido una relación entre la gerencia y nosotros a través fundamentalmente de lo que tenemos aquí que es el Consejo Rector en el que se han ido tomando las decisiones (…). Éramos conscientes de que las personas un poco más dependientes estaban sufriendo un deterioro y a eso había que darle una solución y eso la comisión de dependencia junto con el Consejo Rector a pesar de las restricciones que había, han estado trabajando en grupo para darle una salida a esto y lo más rápido posible y ha sido muy funcional, enseguida presentaron un protocolo y lo presentaron a una asamblea o asambleílla, se presentó el proyecto y se tomó la decisión en asamblea. (…) Desde el punto de vista organizativo creo que esta situación ha hecho que la gerencia y el Consejo Rector tengan muchísimo más peso del que tenían ¿vale? ¿por qué? porque como las soluciones que había que ir dando, incluso en el tema del comedor, en la medida en que estábamos confinados había que dar una solución de qué hacíamos con las comidas. (Emilio, vivienda colaborativa Trabensol, Torremocha del Jarama, Madrid, C248)

Las tecnologías digitales tienen otros componentes, que hay que añadir a su carácter de infraestructuras blandas. Nos referimos al conjunto de comportamientos digitales, dinámicas sociales y relacionales *online*, formas de interaccionar digitalmente (como la netiqueta[4], la interconectividad o el establecimiento de redes), la creación de contenidos digitales para la rápida difusión y visualización (como narrativas digitales o *stories*, fotografía digital, infografías, memes, *gifs*, *stickers*, póster, etc.), es decir, todos aquellos aspectos socioculturales

[4] Netiqueta viene, por un lado, de la palabra etiqueta, que la Real Academia Española de la Lengua (RAE) define como: "ceremonial de los estilos, usos y costumbres que se debe guardar en actos públicos y solemnes", y, por otro lado, de la palabra inglesa *net* (red). Por tanto, netiqueta se definiría como las pautas de conducta normativas en las comunicaciones virtuales.

y relacionales característicos de los entornos digitales que hemos ido incorporando en nuestras cotidianidades y que tras el impacto de la pandemia se han canalizado en las respuestas de las iniciativas comunitarias para contrarrestar los efectos de la crisis sanitaria y socioeconómica.

Más allá de las tecnologías, la noción de infraestructura blanda puede ser asociada a otros recursos relacionales, de los que hicieron uso estas iniciativas, derivados de su implantación y del conocimiento que tenían ante sus vecinos, especialmente en lugares donde existía un tejido social más denso. En este sentido, la pertenencia al lugar donde se desarrolla la acción se convierte en un factor fundamental para la legitimación de la puesta en marcha de la iniciativa a la vez que facilita enormemente su implantación:

> Cuentas con unas ventajas para que esto pueda parar ¿no? Y... Y que la gente se conozca y te reconozcan como parte de la red ya es suficiente ¿no? O sea, no... No vienes de ningún lado, ya estabas ahí y no sé, no sé, no te tienes que presentar tampoco es, si, la chica que viene a comprar este pan y la que se lleva esas manzanas (…) y la que compra este periódico y, y, y te conocen y ya está y, y no hace falta más ¿no? Para mí eso, en el pequeño comercio fue, fue clave también [ríen]. (Maialen, red voluntaria de cuidados Algortarrok Zaintzen, Algorta, Getxo, C192)

Finalmente, y entrando en otras dimensiones, muchas personas entrevistadas destacan la extraordinaria movilización que se dio tanto de recursos materiales como de otros recursos asociados a algunas competencias específicas personales. Dentro de los recursos materiales abundan los testimonios que destacan cómo en múltiples iniciativas existe toda una actividad de redes afines a partir de la puesta en marcha de la iniciativa:

> Algunas trans también dijeron: 'oye, vamos a hacer por Instagram, vamos a hacer un concierto y vamos a poner para que vayan donando dinero para que el colectivo trans pueda seguir comiendo'. Luego otra iniciativa fue de Jerjon, que estaba en Fundación Triángulo, que hizo una campaña de la solidaridad. (Francisco, Fundación 26D, Madrid, C246)

> Nuestro papel fue…. conociendo y sabiendo todo este trabajo que había detrás, intentar trabajar con la Administración, cosa que… pues el AMPA [Asociación de Madres y Padres de Alumnos] bastante tenía con… recaudar, si no recuerdo mal, desde el último WhatsApp que enviaron, cerca de 18.000€ en los primeros tres meses de pandemia, que no está mal, lo que recaudaron para poder aportar al resto de familias…Ellos no estaban para negociar con ninguna Administración o más allá, ¿no? (Ángel, mesa coordinadora de la Asociación de Vecinos de un barrio de la periferia de Madrid, C283)

Además, hay que destacar el papel que en ocasiones jugó la experiencia y algunas competencias específicas que tenían algunos/as voluntarios/as por su profesión, y que en pudo jugar un papel relevante en la puesta en marcha de las iniciativas:

> Esto es muy bonito porque realmente es muy orgánico. La gente que tiene una habilidad concreta se ofrece y dice: 'pues yo puedo hacer los carteles (ese es mi caso) sin mucho esfuerzo y sin comerme mucho el tarro, en muy poco tiempo puedo hacer un montón de carteles y darle una imagen a la gente para que nos reconozca'. Otra persona dice: 'yo me dedico al *catering*, conciertos, o sea que si hay que hacer listas de qué es lo que hay que comprar yo en eso soy muy efectiva'. Otra persona dice: 'yo tengo una furgoneta y puedo ir a hacer la compra, cuando esté en la lista preparada yo me voy al supermercado y hago la compra'. O 'yo he trabajado en integración en poblados gitanos puedo tratar con inmigrantes'. 'Yo tengo experiencia en trabajos comunitarios en huertas como la del BAH [Bajo el Asfalto está la Huerta.]'. Entonces en muy poquito tiempo los puestos más importantes estaban cubiertos. Después hacemos la primera reunión por Zoom en la que en realidad todos nos conocemos porque somos vecinos, pero ahí es cuando la gente empieza a decir a qué se puede dedicar y en qué puede ser más útil. (Pilar, Fresnecuida-Solidaridad Vecinal Organizada, Fresnedillas de la Oliva, Madrid, C344)

En este sentido, a pesar de que el perfil de mujeres participantes en las iniciativas es mayoritariamente joven, hay que resaltar de forma especial el importante papel que han jugado muchas mujeres mayores, en los momentos iniciales de la pandemia y en un contexto de fuerte carencia de equipos de protección individual (EPI), en la elaboración de mascarillas por el hecho de saber coser, de manera que encontraron en esta tarea una forma útil, eficaz y segura de colaborar con el conjunto de la población en un contexto de absoluta excepcionalidad:

> Así surgió porque estoy recordando ahora que incluso otra mujer más mayor que también se apuntó a la red, otra vecina, dijo: 'Bueno yo soy muy mayor para salir, pero yo estoy cosiendo mascarillas quien tenga que salir a la compra pues que nos pida mascarillas'. (Carlos, Convivir, Horcajo de Santiago, Cuenca, C264)

En resumen, los testimonios recabados nos hablan de cómo a partir de la pandemia se ha llevado a cabo una ingente movilización de recursos e iniciativas desde la sociedad civil en las que ha jugado un papel fundamental para su puesta en marcha algunas estructuras organizativas preexistentes entre las que sobresale el papel de las tecnologías digitales y el uso de las redes sociales.

6.5. EL CUIDADO GENERA COMUNIDAD Y LA COMUNIDAD CUIDA

Nos adentrarnos aquí en la cuestión del cuidado propiamente dentro de estas iniciativas. Para ello, abordaremos, en primer lugar, el análisis de las representaciones existentes en torno al cuidado en estas iniciativas y en la forma en que las diferentes dimensiones asociadas al cuidado han estado más o menos presentes. En segundo lugar, exploraremos la gestión del riesgo ante el temor al contagio y las repercusiones que ha tenido la participación en las mismas.

6.5.1. EL CUIDADO DENTRO DE LA COMUNIDAD Y SUS DIFERENTES DIMENSIONES

Con relación a las representaciones asociadas al cuidado, cuando se analizan los relatos de las personas implicadas en las diferentes iniciativas, llama la atención, en primer lugar, la falta de consenso sobre lo que es el cuidado en o desde la comunidad. En los relatos recogidos, predominan numerosas alusiones a apoyar o a ayudar, pero las referencias explícitas y directas al cuidado bajo esa terminología son mucho menores, e incluso en ocasiones realizar preguntas sobre el cuidado supuso un ejercicio de inducción a la reflexión para la persona entrevistada. Todo ello conlleva que aquello que se entiende por cuidado aparezca de una forma vaga, diluida y muy poco precisa, dificultando en ocasiones su reconocimiento:

> [A la pregunta sobre cómo han definido el cuidado] Buf... Pues es una pregunta complicada, la verdad, y muy amplia. Hay que decir que, que no ha existido una reflexión muy profunda sobre... (…) los movimientos a… es algo de lo que se habla mucho y está como muy presente, ¿no? Y sin embargo quizás… no sé cómo decirlo, tiene una resonancia diría, pero no sé hasta qué punto en la práctica eso. (Mikel, Red de cuidados vecinales, Associació Cultural del Raval El Lokal. Barcelona, C159)

> Pues todo tipo de cuidados, todo tipo de cuidados, tanto a nivel psicológico, personal, económico, o sea, bueno, con alimento. Yo creo que todo tipo de cuidado para el barrio ¿no? Sociabilizar, con el tema del huerto, de los huertos y todo tipo de cuidados ¿no? Es amplio ¿no? Cuidar al barrio ¿no? (Lisa, red de cuidados vecinales, Realejo y Barranco del Abogado, Granada, C260)

> El cuidado, pues debería ser... Para mí, la vida en general es un poco así muy poético, pero... Toda parte de la vida necesita un cuidado y más toda la sociedad y más en el día de hoy, a

> día de hoy en el individualismo que vivimos. (Kerman, red voluntaria de cuidados Algortarrok Zaintzen, Algorta, Getxo, C163)

> No sé si soy capaz de definirlo en pocas palabras y... Y no quiero resultar tampoco, así como una cosa muy material ¿no? Sí que, sí que es algo esencial para la vida, algo esencial para nuestras vidas, que tiene que ver con una serie de tareas y de servicios, pero también con algo inmaterial, el afecto, el afecto, la compañía y... Y sin cuidado no somos nada [ríe] sin cuidarnos, sin el autocuidado, pero bueno, es realmente complejo ¿no? Una cosa interesante es que tampoco se requirió una definición para formar estas redes de cuidado, o sea, nadie en ningún momento preguntó, y que es esto del cuidado, y vamos a teorizar sobre el cuidado y no sé qué, no, no necesitamos, estamos en una situación excepcional, eeh, se requieren diferentes tareas y formar redes. (Maialen, red voluntaria de cuidados Algortarrok Zaintzen, Algorta, Getxo, C192)

Adentrándonos en cómo las personas entrevistadas presentan la idea de cuidado, identificamos tres referencias diferentes a esta noción. Una primera referencia reproduce una visión estricta y bastante extendida a nivel social de este término en la que el concepto de cuidado se vincula fundamentalmente con los procesos que están relacionados con la dimensión corporal (aseo personal, alimentación, etc.). Un buen ejemplo en este sentido lo constituye el siguiente testimonio de Lisa, quien describe algunas tareas asociadas al cuidado del cuerpo a la vez que llama la atención sobre la necesidad de un mayor reconocimiento de estas actividades por su importancia:

> Es duro el trabajo de limpieza, yo también lo he hecho en oficinas, pero la cuestión es que el trabajo de cuidados yo pienso que es más complejo. Pero es injusto porque ganamos menos que los que limpian oficinas, cuando es un trabajo más tranquilo. Porque nosotras, por ejemplo, a mí que me gusta este trabajo, pero también me gusta hacerlo bien y cada vez tengo que aprender nuevas cosas. Por ejemplo, ahora decidimos hacer un curso de peluquería porque he visto la necesidad de muchas usuarias que, a veces, por el hecho de que no tienen ascensor para salir a la calle, no salen. Y también es una alegría para ellas estar bien peinadas y esa habilidad de peluquería yo no tengo, de poner los rulos, de hacer una permanente, de cortarle el pelo incluso. Por ejemplo, nuestro trabajo es bien directo porque yo soy cocinera también de profesión porque me gusta si tengo que hacerles la comida, que coman equilibrado, verdura depende de la dolencia que tenga o alguna enfermedad como diabetes, entonces tienes que hacer una dieta. Si tienen párkinson o alzhéimer y no pueden ingerir bien los alimentos, entonces todo texturizado. Todas esas cosas tenemos que ir aprendiendo, mejorando, también actualizando porque cada vez se van descubriendo nuevas cosas, nuevas enfermedades que salen. (Lisa, red de cuidados vecinales, Realejo y Barranco del Abogado, Granada, C260)

Más allá de esa referencia que asocia el cuidado a la esfera más íntima, cuando se asocia de una forma más explícita a la dimensión comunitaria, aparece una segunda acepción del término, aunque de forma minoritaria, para poner el énfasis en el funcionamiento que siguen o deberían seguir estas iniciativas y lo que pueden conllevar (agotamiento, sobrecarga, tensiones). Dentro de esta acepción, la idea de cuidado se asocia a cuidar los procesos de las relaciones personales en las iniciativas y a cuidar a las mismas personas que participan en las iniciativas:

> Cuando se hizo esa reunión final con gente que estuvo más activa que quería seguir, sí que hubo un pequeño apartado de bueno qué entendemos por cuidados y, entonces, ahí surgió el tema de, bueno, tenemos que tener cuidado con los límites del asistencialismo, el autocuidado también, tipo no sobrecargarnos, un poco como cosas que habíamos visto que habían ocurrido, entonces como señalarlas. Pero tampoco fue algo como súper extenso, ni que finalmente tuviésemos una definición. (Alicia, Grupo de cuidados vecinales, colectivo Ajuntamientos Centro-Sagrario, Granada, C138)

No obstante, las apelaciones y reflexiones sobre el cuidado comunitario están dominadas por dos aspectos. En algunas ocasiones, la idea de cuidado se diluye y no se verbaliza, presentándose las acciones realizadas llevadas a cabo por las iniciativas bajo la idea de la ayuda:

> J: ¿Tú entendías, cuando estabas haciendo este trabajo, que era un trabajo de cuidados?
> A: Pues no me lo había planteado la verdad [risas]. Pero sí, viéndolo así sí. Pero no me lo había planteado. Me has pillado a contrapié, la verdad.
> J: ¿Qué palabra usabais normalmente? Veo que usas bastante servicio.
> A: Servicio, ayuda a domicilio, quizá. Pero eso, no... Cuidados como tal no lo había pensado. (Andrés, AMPEG, Granada, C140)

Esto sucede, especialmente en aquellos activistas que tienen trayectorias militantes previas y dan a su actividad un sentido más político, como en el caso de Markel o de Juanjo, quien presenta una visión más kropotkiana del cuidado (KROPOTKIN, 2012) resuelta bajo la terminología de ayuda mutua o apoyo vecinal:

> Entonces pues bueno, la valoración es un poco en ese sentido, y sí que denota, o sí que pone de manifiesto que sigue existiendo, no sé, un remanente social, en nuestro pueblo en concreto y en nuestra sociedad en general, de apoyo mutuo o de ayuda mutua a las personas, y que hace falta tocar las teclas concretas para poder activar las diferentes redes, en este caso redes de cuidados para necesidades básicas, sería un poco la definición de la red, pero que hay que tocar las teclas concretas para poder activar y poder, no sé cómo decirlo, catalizar todo ese, esa iniciativa social que sí existe y que y que hay que ponerlo en favor de las personas más vulnerables y desfavorecidas de la sociedad. (Markel, red voluntaria de cuidados Algortarrok Zaintzen, Algorta, Getxo, C162)

> Yo vengo de otra tradición y nosotros eso [el concepto cuidado], en la terminología que hemos manejado... aunque eso podría estar, y de hecho está en el fondo, pero no lo hemos manejado, ni con esa terminología ni con esos conceptos, quizás porque necesitamos actualizarnos, (…) aunque lo mismo, nosotros, denominándolo de otra manera [apoyo vecinal], los conceptos eran similares. No me atrevo a decir que esos conceptos no estuvieran ahí, pero esta terminología, en mi caso y un poco la gente... no nos hemos manejado con ese aparato digamos, no conceptual pero sí terminológico. (Juanjo, grupo de cuidados vecinales del Zaidín, Colectivo La Ribera, Granada, C199)

En otros casos, el cuidado en su dimensión más comunitaria se asocia con un sentido prefigurativo, es decir, se considera que la acción que desempeña la iniciativa ayuda a aproximarse a aquello que busca el cuidado comunitario o el cuidado de todos. En las entrevistas, esta perspectiva aparece fundamentalmente en mujeres, y frecuentemente se vincula a los planteamientos del ecofeminismo y su constatación del carácter interdependiente y ecodependiente de la vida. Este sentido prefigurativo asociado al cuidado lo encontramos en numerosas redes de cuidado, especialmente en las surgidas en contextos urbanos. Igualmente, entre las personas entrevistadas, el mejor ejemplo de esta idea lo representa Pilar:

> El hecho de llamarnos así [acrónimo entre una parte del nombre del pueblo más la palabra cuida] y de que eso sea importante hace que en el momento que se te olvide te acuerdes, es decir, si no nos hablamos bien no nos estamos cuidando, si no nos tratamos bien no nos estamos cuidando, si el día que llega la furgoneta no hay nadie para descargar no nos estamos cuidando. Entonces es una manera, tenerlo ahí puesto en el nombre (…) Pues en cuanto empezamos a pensar en ponerle un nombre yo meto lo de los cuidados ¿por qué? porque aquí hay un grupito pequeño de ecofeministas y somos muy *fans* de Yayo Herrero, es un hada madrina de los cuidados o sea esa persona.... entonces pues este grupito así feminista, ecofeminista, también hay un grupo de mujeres formadas en la facilitación de grupos, entonces claro, todo eso está conectado con los cuidados ¿no?, el darse la vuelta y mirar quién se ocupa de que las cosas funcionen, cuál es el trabajo que hay de fondo para que el edificio no se caiga, eso que no está pagado, eso que no está remunerado, que no se ve, que parece

> que nadie valora pero que se está haciendo todos los días. Entonces yo ahí meto el nombre de la red en cuanto puedo [risas] y hay un corazón además y entonces es como: 'todo esto es amorrrrrr', y es desinteresado y es lo que nos mantiene a todos y todas. (Pilar, Fresnecuida-Solidaridad Vecinal Organizada, Fresnedillas de la Oliva, Madrid, C344)

Más allá de las representaciones asociadas al cuidado dentro de las iniciativas y el sentido que se da a este término, queremos abordar cómo han estado las diferentes dimensiones asociadas al cuidado presentes en estas. Maialen, una de las personas entrevistadas, reflexionaba sobre esta noción de esta manera:

> El cuidado es algo esencial para nuestras vidas, que tiene que ver con una serie de tareas y de servicios, pero también con algo inmaterial, el afecto, el afecto, la compañía y... Y sin cuidado no somos nada [ríe]. Sin cuidarnos, sin el autocuidado, pero bueno, es realmente complejo ¿no? (Maialen, red voluntaria de cuidados Algortarrok Zaintzen, Algorta, Getxo, C192)

Con esta idea, Maialen resumía dos ideas centrales en cualquier aproximación al cuidado: en primer lugar, destacaba el carácter imprescindible del cuidado dado que, como seres humanos, somos seres relacionales e interdependientes. En segundo lugar, enfatizaba cómo el cuidado encarna algunas dimensiones que tienen que ver tanto con lo material como con lo inmaterial. Para comprender cuál es la lógica que ha estado presente en las diferentes iniciativas asociadas al cuidado, en nuestro caso nos parece útil diferenciar entre las tres dimensiones que señalábamos al inicio de este capítulo: la dimensión material, la dimensión emocional y relacional, y la dimensión corporal.

Con relación a la dimensión material, los testimonios recogidos hacen múltiples referencias a actividades que se han realizado durante la pandemia, especialmente en los primeros momentos de confinamiento estricto, relacionados sobre todo con el reparto de alimentos a personas en situación de vulnerabilidad o con la realización de encargos de alimentos y medicinas a personas consideradas de riesgo. Sin embargo, como hemos comentado más arriba, en los discursos de la mayor parte de las personas participantes no emergía de una forma evidente el concepto de cuidado, incluso en algunos casos sorprendía que la persona entrevistadora se refiriera a las actividades realizadas por la iniciativa como cuidado. Así sucedía especialmente en muchas de las iniciativas de nueva creación cuya acción se orientó fundamentalmente a operar en esta dimensión. En este sentido, y reproduciendo la idea muy extendida de pensar el cuidado exclusivamente asociado a la dimensión corporal, pareciera como si todo aquello relacionado con la dimensión material no se pensara como formas de cuidado:

> J: Yo no [me sentía] como cuidador, entendiendo como cuidador lo que entiendo, no exactamente... sí que nos cuidábamos de cosas materiales de la gente, lo que pasa que el aspecto digamos más personal o más psicológico, o más...
> T: Jep, aquella mujer que vivía frente a la… que estaba sola, le tramitamos la tarjeta azul también, le arreglamos ...
> J: Claro, es que el cuidado yo lo entiendo muy ... cuando puede haber bastante contacto. Claro, yo entiendo cuidado contacto, físico, ¿verdad? Proximidad, tiempo ... claro, nosotros de tiempo, hombre, no era tocar la puerta y salir corriendo. Intentabas ..., pero claro, la interacción debía ser la más corta posible ¿Cómo haces esto con una interacción corta? (...) yo cuidador, cuidador propiamente dicho, pues no me sentí. Quizá porque, claro, era también muy disperso, (...) claro no podías centrarte en una persona, sino en muchas. (Jep y Terenci, voluntariado local apoyado por Cruz Roja, La Selva del Camp, Tarragona, C118*)

Con relación a la dimensión emocional, esta se asocia fundamentalmente a la cuestión relacional y la necesidad de sentirse acompañado y vincularse a otras personas. En las entrevistas realizadas, esta dimensión aparece constantemente, pero especialmente en aquellas iniciativas preexistentes a la pandemia y que estaban dirigidas a personas mayores.

Las menciones a la dimensión emocional están muy presentes en las iniciativas dirigidas a paliar la soledad no deseada (de las personas mayores en contextos rurales o en el colectivo de mayores LGTBIQ+) y en iniciativas constituidas específicamente como respuesta para favorecer el envejecimiento de forma comunitaria, como por el ejemplo los *cohousing*. Así, se destaca cómo la pandemia ha provocado un agravamiento de las situaciones de soledad no deseada con un aumento de las situaciones de aislamiento entre las personas mayores (MARTÍN RONCERO y GONZÁLEZ-RÁBAGO, 2020). Además, la pandemia obligó a cerrar muchos de los recursos y espacios de encuentro que gestionaban estas iniciativas, lo que llevó a tomar una mayor conciencia de la importancia que tienen este tipo de espacios para el bienestar social y emocional de la población a la que se dirigían, como nos muestran los testimonios de Francisco o de Vicente:

> El local de la calle Amparo es la que nos ha hecho más visibles, la que ha sido un espacio seguro, ha sido un espacio de creatividad, un espacio de dinamización, un espacio, un espacio de cuidados, un espacio (…). Se hizo primero el proyecto No Comas Solo porque había muchísima gente que no comía. Entonces lo primero que hicimos fue hacer el comedor por aquí, que viniera la gente para que no fueran a los comedores sociales porque siempre te… Un poco dignificar, ¿no? Y venir aquí y por lo menos comer y saber que estamos y generar esa familiaridad, ¿no?, que es que nos preocupemos de nosotros, que sepamos que estamos vivos todavía, que por lo menos a alguien interesamos (…). El tema del covid, pues nos ha descolocado muchísimo más, porque teníamos todo un proyecto y entonces, bueno, pues ya estábamos trabajando y porque conseguir que un colectivo en exclusión pues sea participante, ¿no?, más que usuario, sino alguien que participe, que se empodere también de eso, de ese derecho de ciudadanía a poder compartir espacios, a poder sentir, a poder expresarse como es, sin ningún miedo a que te señalen, a que te digan que maricón de mierda o para qué. Entonces todo eso que le habíamos conseguido aquí con la Fundación, pues al llegar el covid y al tener que cerrar, pues claro, fue un mazazo para toda la sociedad en general, pero para el colectivo más porque nos encontramos con una soledad y destapa esa soledad no deseada. (Francisco, Fundación 26D, Madrid, C246)

El aislamiento ha comportado, en algunas ocasiones, la aceleración de procesos de deterioro cognitivo como señala Virginia:

> El covid ha dejado secuelas por aquí, ha dejado y no ha dejado, a ver…. en lo físico de las personas hay algunos que se han quedado... los que estaban más.... apuradillos con algún deterioro cognitivo. Esto ha empeorado porque claro, dos meses y pico de no salir del apartamento rompe los esquemas a cualquiera. (Virginia, vivienda colaborativa Trabensol, Torremocha del Jarama, Madrid, C247)

En el momento de realizar la entrevista a Virginia, se estaba produciendo un debate interesante en Trabensol sobre la posibilidad de reabrir el comedor comunitario por constituir un lugar de socialización por excelencia del proyecto. Así, frente al miedo a la enfermedad, eran precisamente las personas que vivían solas las que más presionaban para poder reabrir este espacio.

En cambio, en las iniciativas de nueva creación, la dimensión emocional está mucho menos presente, si bien una excepción notable lo constituyen las redes en las que participaron Gerardo y Pilar, seguramente por su carácter rural, lo cual facilita una mayor interacción social entre los integrantes de la iniciativa y otras personas. Los participantes en ella, en sus inicios, establecieron un seguimiento personalizado de algunas personas que vivían solas en el pueblo. Sus testimonios son interesantes para observar cómo la dimensión material asociada al cuidado ha ayudado a potenciar un vínculo relacional y emocional:

> …como miles de pueblos más de España. Aquí pues, falta… el médico viene una vez por semana, a veces no viene o viene una enfermera titular, en fin. Sí, nos gustaría tener más servicios, pero (…). Aquí no vas a solicitar que haya farmacia, ni que haya… no sé cómo

> decirte, es que sería imposible. La atención a las personas mayores también deja mucho que desear (…) y claro, el tema de siempre, la soledad. La soledad. No tenemos un centro social, no tenemos donde se puedan reunir, no tenemos nada de eso, y la mayor carencia que tienen sobre todo la soledad, que pasan. Hay una señora de 87 años que está todo el día sola, todo el día sola durante la pandemia, nosotros no sabes lo que agradecía simplemente que le toques el cristal y que le digas: '¿qué tal estás? ¿tienes esto? ¿Quieres leña? ¿quieres esto? ¿te falta algo?' (…) al principio, los primeros días pues nos reuníamos una hora antes de que viniese el panadero en la plaza, guardábamos nuestra distancia, no había mascarillas, teníamos que ir con mucho cuidado, pero también una forma de, que podíamos ir pues hablábamos, hablábamos cosas, y claro, y si, que venía muy bien esa hora, yo a mí me encantaba subir a la plaza y ver a la gente, los que podían bajar, y '¿fulanito baja?', 'no, no puede…', y subíamos a su casa: "oye, que ha venido el pan, o no ha venido el pan ¿no quieres pan? ¿Estás bien?'. Claro, en eso sí, hicimos una labor. (Gerardo, Red de cuidados vecinales, pueblo de Cuenca, C105)

> Yo creo que hay gente que como tampoco es todo tan grande y gente muy mayor que necesite mucha compañía ha acabado encontrando a la persona indicada. Se han creado vínculos que van a durar y es gente que ha creado un vínculo con esta mujer y, 'yo hago unas lentejas y hago un plato más para esta mujer, porque no me cuesta nada y un día come caliente'. Por ejemplo, esta señora tenía un infiernillo nada más, eléctrico, y no cocinaba entonces le preparaban comida y ella la calentaba, hubo unos turnos rotatorios para que a esta señora le llegara una comida caliente y yo creo que eso va a seguir así, no creo que se vaya estructurar más, no creo que haya una parrilla y, 'tú tal día, tu tal día'. Es una cosa más de andar por casa y que va a seguir funcionando seguro, estoy segura de que sí. (Pilar, Fresnecuida-Solidaridad Vecinal Organizada, Fresnedillas de la Oliva, Madrid, C344)

Todo ello nos lleva a destacar que esta dimensión relacional/emocional del cuidado se ha manifestado especialmente en aquellas iniciativas que por sus características (estaban dirigidas preferentemente a personas mayores y ya existían previamente) o por el entorno en el que se desarrollaban (como sucedía en los contextos rurales), han permitido tener una atención más personalizada hacia las personas a las que dirigían.

En este punto retomamos una de las premisas de las que partíamos en este capítulo según la cual, el decreto del estado de alarma de marzo de 2020 había convertido a las personas mayores no dependientes en personas dependientes de sus familiares y de las redes comunitarias de cuidado, atención y apoyo a través de su consideración de personas de riesgo. Aunque, finalmente, también las personas en situación de vulnerabilidad, vieron acrecentada esta condición por las consecuencias que tuvo sobre ellas el impacto socioeconómico de la pandemia. Es decir que, mientras que las políticas públicas no previeron las consecuencias que tendría esta situación excepcional para numerosas personas, las redes comunitarias sí que se organizaron (al menos al inicio) para solventar estas dependencias construidas (y aumentadas):

> ¿Cuál era el perfil de las personas que recibían el servicio de la red de cuidados? (…). En resumen, son personas mayores, con muy poca red de apoyo a su alrededor. (…) Hay mucha gente que se abastece con las redes de apoyo que tiene a su alrededor, familiares, incluso vecinas del portal de al lado, del piso de abajo, o conocidas cercanas que le ayudan en ese tipo de recados del día a día [pero] la gente que más contacta con la red es gente que no tiene ese tipo de facilidades, gente que está sola, por ejemplo, o gente que tiene a los familiares lejos, en otro municipio, o que no pueden acercarse hasta casa para ayudarles, pues en general ese tipo de personas. Y luego, también hay otro perfil de gente que tiene miedo a salir… personas mayores y gente que igual pueda tener, pues, algún tipo de riesgo. (Markel, red voluntaria de cuidados Algortarrok Zaintzen, Algorta, Getxo, C162)

> Pensábamos que íbamos a hacer tareas relacionadas con hacer compras y llevarlas a casas, para personas que no pudieran salir a la calle: por ser población de riesgo, por tener

> problemas de movilidad, por razones muy variadas. Igualmente, acercar medicamentos, ir a la farmacia, coger la medicación y llevarla a donde correspondiera. Esa era la idea que teníamos. Durante una primera parte es donde nos hemos estado manejando, y donde el grupo como tal venía un poco con esa perspectiva. (Juanjo, grupo de cuidados vecinales del Zaidín, Colectivo La Ribera, Granada, C199)

> Había unas personas, normalmente eran las mismas, cien por ciento básicamente mujeres, solteras o viudas, mayores, algunas tienen incluso casi de noventa años que les íbamos a hacer la compra. Ya lo organizamos de una manera telefónica. Esta compra básicamente era de alimentos, o algún producto de limpieza, cosas básicas, y algunas las teníamos identificadas ya con el tema de que recibían alimentos nuestros, pero otros eran totalmente nuevas, eran totalmente personas que no teníamos identificadas. Yo por ejemplo había una señora que era una vecina de mi padre de noventa años, que vive allí mismo en el casco antiguo, y esta señora pues yo la conocía, pero esta señora vive sola, tiene una hija más joven, pero que está en una residencia, y ella vive en casa sola. Pues esta señora, por ejemplo, pues día sí, día no, íbamos a buscar por ejemplo el pan, y también fuimos a comprarle carne ¿verdad? Era un poco este perfil. Personas que algunas ya las conocíamos del tema alimentos, y otros que no las conocíamos de nada. (Jep y Terenci, voluntariado local apoyado por Cruz Roja, La Selva del Camp, Tarragona, C118*)

Finalmente, una última dimensión del cuidado tiene que ver con todas aquellas tareas relacionadas con la atención directa a la persona. En los testimonios recogidos sobre las diversas iniciativas aparecen dibujadas dos fronteras a la provisión de cuidados comunitarios. Una, que ya existía previamente a la pandemia, aunque el miedo al contagio la reforzó, es el cuerpo (cuidados que tienen que ver con asistir necesidades básicas de higiene, aseo personal, alimentación, etc.), ámbito que aparece asociado únicamente a dos formas de implicación: profesional o familiar. La otra dimensión, surgida a raíz de la pandemia, está asociada a la combinación de distancia social y confinamiento domiciliario y tiene que ver con el espacio doméstico, donde las personas participantes en estas iniciativas no pudieron acceder. Estas dos fronteras fueron impermeables a las iniciativas comunitarias quedando con ello el cuidado restringido a fuera de los domicilios, y limitado a lo que no implica el cuidado directo del cuerpo. Así, en los relatos recogidos existen escasas menciones a acciones realizadas en este sentido, a la vez que se asume que este debe ser proporcionado por algún elemento de la tríada familia-Estado-mercado:

> Nosotros en otro momento seguramente hubiéramos tenido mucho más debate, de si queríamos hacer este servicio o no. En el sentido, del tema de los ancianos o de cuidar a alguien, ¿no? Si hubiéramos tenido más debate de si nos toca a nosotros hacerlo. No porque no lo queramos hacer, y no porque no creemos en el voluntariado, pero sí porque entendemos que... ¡ostia! que son tareas que ya hay personas que buscan trabajo y que se pueden dedicar y que, por lo tanto, la institución ya debería dedicar dinero. (Eneko, xarxa de solidaritat-Casal Popular La Sageta de Foc, Tarragona, C144*)

Es más, en muchas iniciativas esta cuestión ni era nombrada como un posible espacio en el que llevar a cabo alguna acción concreta. A este respecto, uno de los testimonios más interesantes lo encontramos en Emilio, miembro de una iniciativa colaborativa de vivienda en el siguiente fragmento:

> P: ¿Más allá del tema más clínico-médico sino cuidado-autocuidado ¿cómo se ha gestionado esto desde protocolos en la cooperativa a ya medidas más de cuidado concreto de cómo lo habéis ido gestionando?
> R: Pues aquí tenemos una serie de dependientes tanto desde el punto de vista físico como desde el punto de vista cognitivo y entonces lo que se ha hecho ha sido reforzar esa área, se ha contratado de forma específica a personas para que... digamos que la estimulación sea mayor. (Emilio, vivienda colaborativa Trabensol, Torremocha del Jarama, Madrid, C248)

En el testimonio se puede ver cómo ante la mayor necesidad de cubrir necesidades asociadas al cuidado, la respuesta ha pasado por reforzar el servicio que se venía prestando. De esta forma, observamos cómo la pandemia no ha hecho más que agudizar una cuestión que ya señalaban algunos trabajos previos: el hecho de que la gran mayoría de iniciativas comunitarias asociadas al cuidado dejan fuera todo lo relacionado con la atención directa a las personas a la hora de desempeñar su acción (GARCÍA-GARCÍA *et al.*, 2021). Hemos de diferenciar, sin embargo, las iniciativas que por sus características sí entran en los domicilios. Es el caso de Malena (C136), con diversidad funcional, quien, como consecuencia de la pandemia se quedó sin asistente personal y que contó con el apoyo de vecinos y vecinas en la provisión de sus necesidades varias, o de los servicios a la comunidad LGTBIQ+ que proporciona la Fundación 26D, liderada por Francisco (C246).

Por último, queremos acabar este epígrafe haciendo una mención a las reflexiones sobre el cuidado que se hace en algunos discursos más alejados de la heteronormatividad de los cuerpos y que parte de las discriminaciones o imposiciones que pueden surgir por este hecho. Así sucede con el testimonio de Francisco sobre las personas LGTBIQ+ mayores o con el testimonio de Malena, que reflexiona sobre la realidad de las personas con movilidad reducida. Francisco, cuyo trabajo se centra en abordar la realidad de las personas mayores LGTBIQ+, relataba cómo en bastantes casos la entrada a residencias para estas personas suponía una vuelta al armario y una involución en su forma de expresar su afectividad. De ahí que reivindicase el derecho a elegir como ser cuidados como se ve en el siguiente testimonio:

> Lo que pasa es que te encuentras dentro del propio colectivo muchísima gente que tiene homofobia interiorizada todavía o que nos dice que es un gueto o que ellos no irían. Pues mira, si lo que hemos conseguido y esto es gracias a la ley. O sea, es que hemos luchado para conseguir leyes. Ya estamos en leyes donde hay condenas por la homofobia, o sea, y entonces necesitamos un espacio donde además vamos a ser los que vamos a abrir un poco el melón social del derecho que tenemos la ciudadanía a elegir los cuidados. Ahora sanitariamente, sí, yo puedo elegir médico de cabecera, especialista, hospital, es todo. Pero en lo social, no, ¿por qué no? Pues lo mismo. ¿Por qué me tiene que tocar a mí la residencia esa que está donde yo no quiero ir o no me apetece o no veo que…? Digo, vamos a ayudar desde el colectivo, vamos a ayudar a la sociedad en su conjunto a que se especialice en el cuidado. (Francisco, Fundación 26D, Madrid, C246)

Algo similar sucedía con Malena (C316), persona con diversidad funcional, quien hablaba de la importancia de poder escoger cómo ser cuidados a la vez que, en su caso, apostaba por el modelo de la asistencia personal frente a otros modelos como el de la institucionalización en residencias o que fuese la familia o la pareja quien cubriese las necesidades de cuidado.

En este sentido, es interesante observar cómo ambos testimonios desde posiciones diferentes apelan al derecho a elegir cómo ser cuidados, una mención que recuerda a los planteamientos de Nancy FRASER y Alex HONNETH (2006), quienes al hablar de la justicia social señalan la existencia de dos dimensiones: una dimensión, centrada en la redistribución de recursos; y una segunda dimensión, cercana a la apelación de estas dos personas en torno al cuidado, centrada en la aceptación y el reconocimiento de las diferencias existentes por parte de los diferentes sujetos.

6.5.2. EN PRIMERA LÍNEA: LA PERCEPCIÓN DEL RIESGO EN LA PROVISIÓN DE CUIDADO EN LAS INICIATIVAS COMUNITARIAS

Exploramos aquí la forma en que realizó la provisión del cuidado y la forma en que se gestionó el riesgo de contagio, así como las repercusiones emocionales que ha tenido para los sujetos su participación en estas iniciativas.

Respecto a la exposición (y la percepción) del riesgo es importante tener en cuenta la distinción que venimos realizando entre redes de apoyo y cuidados de nueva creación que se originaron de manera más o menos espontánea e iniciativas ya existentes que se adaptaron a la nueva situación. Reseñamos esta distinción porque desde nuestra perspectiva, la existencia previa implicó una percepción del riesgo y capacidad de respuesta mayor, debido a los medios de que disponían y a su organización. A manera de contraste, las experiencias de nueva creación respondieron a necesidades muy concretas, la mayoría de apoyo logístico (propio de la dimensión más material del cuidado) y actuaron con la ventaja de disponer de protocolos ya socializados por otros colectivos a través de redes sociales. Su intervención fue en buena parte intermediada por las redes sociales y mensajería instantánea y el contacto con las personas que ayudaron se produjo sin traspasar la frontera del ámbito doméstico. En las siguientes secciones referimos lo que ha implicado el reorganizarse y/o emerger respecto a la exposición al riesgo en estas iniciativas comunitarias.

6.5.2.1. LA REORGANIZACIÓN DE LAS INICIATIVAS YA PREEXISTENTES: LA CAPACIDAD DE RESPUESTA Y LA GENERACIÓN DE PROTOCOLOS

En el caso de iniciativas existentes, su diversidad en cuanto a las formas de organización derivó en que su capacidad de respuesta fuera también diversa, sobre todo en referencia a la manera en que se vive este periodo de adaptación y las decisiones tomadas, siendo fundamental el acceso al equipamiento de protección para poder realizar las actividades de apoyo. En algunas iniciativas que actúan bajo el paraguas de grandes organizaciones humanitarias, desde el principio contaron con equipos de protección e información necesaria:

> P: ¿Tuvisteis miedo?
> T: ¡No ... hombre! Íbamos muy protegidos, llevábamos mascarillas FFP2 [*Filtering face piece*]. Lo que pasa que al principio no sabíamos de que iba exactamente eso, y las llevábamos con válvula, y claro ... íbamos protegidos, pero no lo sabíamos eso, no lo sabíamos nadie de que iba esto, y bueno vamos, pero con nuestra cuenta.
> J: En aquel momento con guantes nosotros todo, íbamos a buscar el pan de una persona con unos guantes nuevos (...) ahora nadie lleva guantes, pero nosotros llevábamos, ya teníamos guantes allí en el coche, y todas partes, ya parte pues el gel que sí que el usábamos, la mascarilla que dice el Terenci (...). Nosotros tampoco queríamos trasladar un problema dentro de una casa, por lo tanto muchas veces lo hacíamos desde el portal, sin compartir nada, o sea, lo que tocaba la persona no lo tocábamos nosotros. El boli, muchas veces ya le decíamos: 'baje su boli, y firme con su boli', no se lo dábamos nosotros, ¿verdad? Es decir, era todo un mundo muy desconocido que aún lo es ahora, pero aún en aquellas horas era más desconocido. (Terenci y Jep, voluntariado local apoyado por Cruz Roja, La Selva del Camp, Tarragona, C118*)

No obstante, al igual de lo que sucedió a nivel general, muchos testimonios destacan la ausencia de material de protección durante los primeros momentos. Es el caso de la iniciativa dirigida a población LGTBIQ+, que mantiene varios proyectos de alojamiento y residencia de corta, media y larga estancia, donde Francisco hace hincapié en la falta de equipos que tuvieron en un primer momento y las redes de solidaridad y apoyo que se han dado después. Con el estado de alarma, el servicio de ayuda a domicilio y el acompañamiento que esta organización proveía a personas LGTBI+ tuvo que reducirse por no tener el equipo ni los protocolos para poder entrar en los hogares. A algunos voluntarios (que realizan acompañamiento) les proporcionaron mascarillas elaboradas en casa para poder hacer sus primeras intervenciones (por ejemplo, salir a la calle o acercar los alimentos o medicamentos hasta la puerta de los domicilios, por ejemplo), a la vez que el papel de sus contactos fue fundamental para pedir ayuda y colaboración para conseguir equipamiento:

> R: Cuando llegaron las primeras [mascarillas] fue gracias a una empresa, una farmacéutica, cuyos empleados donaron 300 porque se habían ido al teletrabajo. Otra empresa de Guadalajara nos dio lejía, pero una cantidad de lejía impresionante porque había que desinfectar… (…) y luego los Javis[5]; los Javis fueron también quien dieron el primer dinero para comprar ya las batas, los buzos. Entramos en las casas con los buzos, con las pantallas, con las mascarillas, con los guantes…
> P: O sea, que fue bastante improvisado todo al principio, ¿no?
> R: Claro, es que nadie lo sabía. Si no teníamos (…) no utilizábamos nunca mascarillas, nunca tenías batas desechables, o sea, no éramos sanitarios. (Francisco, Fundación 26D, Madrid, C246)

Otro aspecto que aparece, especialmente después de esa primera etapa de desconcierto, es la activación de protocolos de seguridad y cuidado con el equipamiento necesario en muchas de estas iniciativas, como destaca Andrés:

> Yo diseñé unos protocolos de seguridad para no exponer a nadie al riesgo covid. Diseñé unos protocolos: la manera de actuar, de cobrar, de coger el dinero, de cómo no tener contacto con las personas... mascarillas, guantes, lo típico. A partir de ahí, se leían los protocolos, se registraban los voluntarios y así empezábamos todo. (Andrés, AMPEG, Granada, C140)

Queremos detenernos en la experiencia de las viviendas colaborativas por su singularidad. Como nos explica Carlos (C264), la iniciativa Convivir optó en sus inicios por regularse como residencia y siguió la legislación y protocolos aplicados a las mismas. Pero a diferencia de las residencias convencionales, las decisiones se tomaron en consejo, algo que hizo que el proceso fuese más lento pero reflexivo y, a su vez, haya hecho más fácil y llevadero la aceptación y entendimiento de las medidas. De esta forma, en las viviendas colaborativas observamos una forma de gobernanza, la autogestión, que ha marcado una distancia cualitativa considerable respecto a lo acontecido en los complejos residenciales convencionales. La forma de organizarse para el cuidado y la protección ante la covid se prolongó varios meses: reducción del aforo en el comedor, mantenimiento solo de las actividades al aire libre siempre con mascarilla, visitas familiares a través de un cristal, aislamiento y doble *test* en caso de tener que salir por razones justificadas y predominio de la vida en el apartamento, entre otras. Estos cambios han supuesto un giro en su forma de socializarse y vivir el día a día debido a decisiones como la suspensión de las actividades habituales (coro, juegos de mesa, etc.) a la vez que atribuían, junto a estas medidas, al azar y la suerte la baja incidencia que la covid había tenido en su establecimiento:

> Es verdad que luego lo que sí hemos comprobado es que, tenemos que contar con el factor suerte (…) pues se te puede colar un empleado que a pesar de tener un PCR [prueba de reacción en cadena de la polimerasa] empieza con síntomas a los 4-5 días y te contagia al grupo (…) aquí no se nos ha infectado ningún trabajador y aquí hace un mes había, bueno fue el pueblo de esta provincia con más nivel de infección. Llegó a tener 2.120 por 100.000 habitantes, bueno, pues casi todos los trabajadores son del pueblo y tuvimos la suerte que ningún trabajador se infectó y por lo tanto no nos contagió a los demás, por lo tanto, el factor suerte cuenta. (Carlos, Convivir, Horcajo de Santiago, Cuenca, C264)

Otra persona entrevistada de Trabensol destacaba la importancia que había tenido para hacer frente a la covid el hecho de poder dotarse de una gobernanza propia ajustada a su realidad:

> P: No ha habido ministerio o una Consejería de Sanidad que te haya dicho que las visitas a vecinos están prohibidas.
> R: No, no, no nosotros hemos decidido quién podía entrar, quién no podía entrar... de hecho, los protocolos que tenemos de momento establecidos... (…) fundamentalmente lo que

[5] El informante se refiere a Javier Calvo y Javier Ambrossi, directores de cine y series de televisión implicados en diversas causas sociales, que son conocidos como los Javis.

> tenemos aquí es el Consejo Rector en el que se han ido tomando las decisiones, es decir, la gerencia decía qué podíamos hacer, pero en última instancia todo ha sido consensuado, no ha habido ninguna imposición. (Emilio, vivienda colaborativa Trabensol, Torremocha del Jarama, Madrid, C248)

En este caso, la incidencia de covid durante la primera ola fue notable. Virginia calculaba que en algún momento había llegado a haber hasta 12 personas hospitalizadas lo que implicó algunos cambios organizativos extra, decididos por el consejo rector de la cooperativa, diferentes a los sugeridos por la Administración, con ajustes que, aunque simbólicos, considera que son efectivos:

> Cuando estabas enfermo, aislamiento total y absoluto. Te dejaban la comida, que esto se continúa haciendo aún en la ventana enfrente de la puerta del apartamento porque al no funcionar el comedor (…) te reparten la comida vestidos de marcianos.... (…) la verdad es que es un como un impermeable de plástico por mucho que le llamen EPI es un impermeable cutre. Pero bueno, psicológicamente funciona (…) la comida se reparte en unos *tuppers* pequeños, también cerrados, naturalmente. Entre lo poco que sea preventivo y lo mucho que funciona simbólicamente, pues mira. (Virginia, vivienda colaborativa Trabensol, Torremocha del Jarama, Madrid, C247)

Para estos proyectos autogestionados y/o de atención a colectivos específicos en el acompañamiento residencial, la percepción de riesgo se mantiene como constante porque la actividad implica una constante exposición al riesgo: la convivencia permanente. Para algunas personas que participan en estas iniciativas, y que no cumplen un rol de usuario sino de voluntaria o de empleada/o, la perspectiva se conjuga con una clara preocupación ante el riesgo de contagio, principalmente el de la población vulnerable:

> ¿Qué pasaba? Muchos de nosotros, como te he dicho antes, somos mayores de sesenta y tres, pero muchos somos mayores de sesenta y cinco, setenta. Estos eran también una población de riesgo, estas personas. Por lo tanto, a la hora de intervenir (como participantes y de cara a los usuarios) también era complicado. (Jep, voluntariado local apoyado por Cruz Roja, La Selva del Camp, Tarragona, C118*)

> Hay dos momentos. El más estricto de marzo a mayo más o menos, que es cuando realmente nos encierran a todos en casa y, evidentemente, no puedes promocionar la parte presencial porque era imposible, y aquí se conectan sobre todo por teléfono y apoyo en gestiones puntuales de la compra, como la red de apoyo que surgió en muchos barrios, la compra, el salir a pasear al perro, etcétera. Sí que nos pasa que mucha parte de participación de personas que participan en el proyecto son mayores de 60 para arriba, hay poca gente que quizás tenga 30 años, entonces sí que nos conectamos con la red de apoyo porque muchas de las personas que participaban activamente ayudando a otras personas se encuentran en situación de riesgo y con cierto miedo, que esto se ha ido trabajando a medida que hemos conocido la situación del covid y el dónde está más el riesgo y dónde no está. (Elena, Fundación Amigos de los Mayores-Proyecto Barrios Amigos, Zaragoza, C300)

Así lo explica también Isabel, coordinadora de un proyecto comunitario en el Pirineo aragonés que aglutina cuatro pueblos, que se dedica a realizar acompañamientos a sus habitantes y que durante la pandemia se reveló fundamental para apoyarlos tanto material como emocionalmente. Durante el confinamiento, ella era la única persona del pueblo en ir a comprar a un pueblo cercano donde hay tres comercios y repartir la comida a los diferentes usuarios/as. Su trabajo lo ha llevado a cabo en primera línea, aunque con límites:

> A nivel personal, sí que tenía y sigo teniendo como mucho miedo, sobre todo por lo que implica… Que yo fuera positivo, lo que implicaría a nivel de comunidad sería… entonces, yo sí que voy con mucho cuidado y soy la primera que, si en un momento dijeron de volver a las reuniones con mayores, dije que no, o sea que creía que más valía ir poco a poco y estar seguros que no… juntarnos y que de repente hubiera un contagio y… eso, que sería una

> catástrofe si yo fuera positiva. (Isabel, proyecto comunitario Envejece en tu Pueblo, Artieda, Huesca, C288)

6.5.2.2. LA ORGANIZACIÓN DE NUEVAS INICIATIVAS: ENFRENTAR EL MIEDO PARA AYUDAR

Las iniciativas de nueva creación recordemos que se gestaron de forma espontánea, rápida y autoorganizada a través de la observación de otras redes surgidas en otros territorios a las que intentaron emular. En su caso, también para las medidas concretas de seguridad se copiaron protocolos de colectivos respecto a actuaciones similares y se formalizaron y compartieron procedimientos a través de redes sociales. Sin embargo, estos protocolos se tenían que adaptar a las condiciones específicas de la iniciativa, el entorno y la actividad concreta y contemplar aspectos que variaban por comunidad autónoma.

> Por ejemplo, no entrar en la casa, dejar las bolsas en la puerta, desinfectarse las manos… una chica del Realejo que estaba haciendo mascarillas nos escribió que nos las regalaba, y nos dio un montón, entonces se las dimos a los voluntarios. Hacíamos mucho hincapié, sobre todo en esa época, que el tema de la mascarilla tampoco era fácil encontrarlas. (Marina, Comité de Cuidados Vecinales, Ajuntamiento Albaicín, Granada, C261)

Sin embargo, no todas las nuevas iniciativas guiaron sus intervenciones en función de protocolos debido fundamentalmente a los escasos recursos con los que contaban. Gerardo explica que para calmar la ansiedad que generaba la situación, sobretodo intentaron dar seguridad a los habitantes del pueblo a través de pequeños gestos: hacer pasar una cuba que pasaba con agua y lejía a desinfectar las calles y el reparto de mascarillas cuando llegaron:

> Al principio pues claro, la falta de información como ya te conté, fue horrible, había muchas contradicciones, no sabemos qué hacer, ni como llevar el tema, llamamos a diputación, llamamos al ayuntamiento más próximo… pero no se desinfectaba el pueblo. Te llegaba información de que en otros pueblos sí lo habían hecho, naturalmente eran pueblos más grandes que tenían tractoristas, colaboraban… aquí, no teníamos a nadie. Entonces, pues oye: 'aunque solo sea pasar por las calles y los contenedores de basura por favor que venga alguien a…', era más que ellos viesen que les diese seguridad, aunque luego no era nada lo que hacían, porque en realidad no es nada. Pero a ellos les daba cierta seguridad, 'oye han venido una cuba a desinfectar las calles y los contenedores', se sentían bien. Yo sabía que eso no era nada (…) En fin. Era agua con lejía y poco más, como el mismo operador nos decía. Pero ellos se sentían mejor. Eso fue los primeros días, luego ya a partir de 15, 20 días, ya empezaron a decirnos que nos mandarían mascarillas. (Gerardo, Red de cuidados vecinales, pueblo de Cuenca, C105)

Al riesgo para la salud, se tienen que añadir otros espacios de riesgo a los que se contraponía la confianza depositada en las personas que formaban parte de la red. Esos espacios de riesgo, como el tema de los pagos en efectivo o metálico en tanto que muchas de las personas mayores no sabían utilizar la banca online o la compra de medicinas utilizando la tarjeta sanitaria de la persona que requería ayuda, se perciben como un momento de riesgo, y se asumían aun existiendo la preocupación de incurrir en una ilegalidad:

> Teníamos la posibilidad de... bueno, de tener alguna multa o alguna trifulca con alguno de los municipales por estar haciendo algo no legal en esos momentos de tanta restricción y tanta ley. (Ainhoa, red voluntaria de cuidados Algortarrok Zaintzen, Algorta, Getxo, C164)

Una cosa que resalta en estas experiencias de nueva creación es que, a mayor capacidad de organización, mayor posibilidad de gestionar bien tanto las demandas como los recursos y los protocolos de autocuidados. En algunos casos, estas iniciativas contaron con voluntariado con experiencias previas, sea en el ámbito del trabajo asociativo, la logística o en otros aspectos que fueron útiles y relevantes para responder a la emergencia sanitaria dando apoyo a la

población general y a colectivos específicos. El mejor ejemplo, es la ya citada experiencia de la red de reparto en patinete que llega a tener setenta voluntarios coordinados por seis personas. En su caso, cada uno aportó distintos conocimientos: Andrés, responsable de la entidad, diseñó el protocolo de seguridad; otra organizadora diseñó un mapa interactivo para ubicar a todas las voluntarias y las personas que pedían ayuda para que se encargaran quienes estaban más cerca; otra persona aportó contactos. Inicialmente esta red nació para cubrir apoyo logístico a particulares (compras, medicinas) pero al cabo de un tiempo, servicios sociales, trabajadoras/es sociales sanitarias y el hospital de referencia les pidieron que llevaran medicamentos a pacientes muy graves o alimentos a familias en exclusión social, con el fin de complementar la intervención de Cruz Roja y Protección Civil que estaban colapsados. Estas organizaciones les dieron documentos que les autorizaban para realizar este trabajo a pesar del confinamiento. Transportaron materiales que se usaron para fabricar mascarillas, pantallas... que después llevaron a trabajadores esenciales. Podemos decir que en las organizaciones de nueva creación fue importante la colaboración por parte de los servicios, por ejemplo, de las farmacias, cuando se iba con una tarjeta sanitaria de otra persona; tiendas de abastecimiento, al facilitar la compra y distribución, y organizaciones que validaban la intervención de la nueva iniciativa:

> Yo diseñé unos protocolos de seguridad para no exponer a nadie al riesgo covid que incluían la manera de actuar, de cobrar, de coger el dinero, de cómo no tener contacto con las personas... mascarillas, guantes, lo típico. A partir de ahí, se leían los protocolos, se registraban los voluntarios y así empezábamos todo (…). Nosotros mismos nos diseñamos unas tarjetas para colgarlas en el cuello, como en cualquier evento, por si hubiera cualquier problema que me llamaran a mí, y yo ya les ponía a las autoridades al día de lo que estábamos haciendo. Hubo varias paradas, pero claro, al ver que llevábamos medicina, que veníamos del hospital, no hubo ningún problema. (Andrés, AMPEG, Granada, C140)

La percepción del riesgo estaba evidentemente vinculada al temor al contagio, pero no solamente de adquirir el virus, sino sobre todo de contagiar. Ante la falta de información y, en ese momento de la pandemia, frente al desconocimiento de las formas de transmisión, se manifestaron diferentes actitudes por parte de los y las participantes: quienes confiaban en los protocolos y continuaban adelante y quienes veían el riesgo inasumible y lo dejaban. De estos últimos hubo un número menor, pero es importante referir que en general fue por el temor a contagiar a través de la ayuda:

> Hubo algunas personas, al principio, que estaban como más súper paranoicos tipo, los productos en sí para llevarlos a las casas hay que desinfectarlos, (…). Yo creo que [esa preocupación] de … ¿cómo voy a ayudar a alguien si es que si cojo este bote y se lo doy le estoy infectando?, les impedía. Si tú estás en ese nivel pues, claro. Y normal que estés en ese nivel también, teniendo en cuenta lo de las noticias y todo ¿no? O sea, sin juzgar ¿no? Entonces esa gente después no siguió. (Alicia, Grupo de cuidados vecinales, colectivo Ajuntamientos Centro-Sagrario. Granada, C138)

> Bueno, al principio con los EPI fue un poco ... sí, porque ostras, no había EPI, les pedimos al [ambulatorio] y claro, nos dijeron: 'ostras, nosotros ya vamos justos de EPI no os podemos dar'. Y claro, lo que dijimos sobre todo es ostras porque aquí también estaba el nivel de la responsabilidad si alguien se contagia ... y era siempre pues, sobre todo, sobre todo respetad las medidas, ¿no? Como ayuntamiento sí que ... a la primera que pudimos comprar buenas FPP2 y la gente iba ya con mascarillas, pero fue ya cuando, ya había pasado el mayor. Pero entonces no había nada. Y sí que pedimos todo esto, las medidas de precaución y había alguien al grupo que 'ostras, es que sin EPI ...', pero bueno, siguieron haciendo el trabajo y es eso, todo lo que les decíamos es dejar las bolsas en la entrada, no subir en los domicilios de la gente ... (Núria, red de voluntariado del Ajuntament de Falset, Tarragona, C223*)

La mayoría, sin embargo, reporta que su percepción del riesgo era manejable y sobre todo manifestaban un respeto que se puede entender como conciencia del riesgo, es decir, se trataba de actuar, pero con precaución. La mayor parte de la ayuda se realizaba sin entrar en contacto directo con la persona usuaria. En ninguna de las entrevistas se comenta ningún tipo de contagio entre participantes por su actividad, aunque se manifiesta que tuvieron que asumir riesgos extras:

> Nosotros teníamos como todas las precauciones con ellos (…), nos tocaba incluso hasta pasear perros. Me acuerdo, porque llevaba un perrito de regreso a su casa y yo lo dejaba en la puerta, pero el perrito no se quería meter, y entonces decía: 'ay ¿qué hago?'. Y la señora decía pues, empújamelo, nena, pero sabes, ella no quería salir y yo no quería acercarme para que la señora no se preocupara, entonces como que me vio muy escéptica y me dice: 'nena, ¿crees que te voy a contagiar?'. Digo: 'no, no, es por ti, porque yo no quiero que te sientas insegura de que me acerque a tu casa'. Dice: 'no, no, pasa, por favor, y tráeme al perro que yo no puedo caminar, no es que no me quiera mover, es que no puedo caminar'. (Fani, AMPEG, Granada, C139)

Este testimonio ejemplifica cómo muchas acciones de estas iniciativas fueron cruciales para resolver cuestiones vitales en momentos de mayor recrudecimiento de la pandemia y de riesgo para las personas. Es importante enfatizar en este sentido que la mayoría reporta que contaron con el equipamiento necesario para poder cumplir su función. Los protocolos les permitieron tener una percepción de seguridad para poder realizar determinadas actividades de apoyo sobre todo con el inicio de la desescalada:

> Hicimos la actividad con los chavales, de micro libre, con todas las medidas de seguridad, con nuestros geles, mascarillas y demás. Y fue pues una actividad muy chula para motivar a los chavales a hacer algo, porque, date cuenta, sin colegio, sin instituto, pues todo el día por ahí los pobres, pues no sé, era como proponerles algo para que no estén sin hacer nada, no sé, alguna motivación. Y la verdad es que salió muy bien y todos muy contentos. (…) Me sentía segura en todo momento. (…) En cada mesita de recogida también tenemos nuestro gel, nuestro espray, estamos continuamente con el gel, nuestras mascarillas, yo ya llevo hasta doble hoy, bueno, tengo la otra aquí, me las pongo hasta doble ya. Así que yo me siento cómoda porque yo creo que lo estoy haciendo bien, vamos. (Lisa, red de cuidados vecinales, Realejo y Barranco del Abogado, Granada, C260)

6.5.2.3. LAS CONSECUENCIAS DE LA PARTICIPACIÓN: LA SOBRECARGA Y LA INTENSIDAD EMOCIONAL

Tanto quienes se hicieron cargo de organizar iniciativas de nueva creación, como quienes participaban en iniciativas preexistentes, han hablado de los altos niveles de estrés que han sufrido. En las entrevistas se ha detectado que, debido a la intensidad de su participación, se han quedado con una sensación importante de sobrecarga, y algunas quedaron sobrepasadas por las situaciones extremas que vivieron. A pesar de lo vivido, y de los protocolos existentes, hay un agotamiento especialmente entre aquellas personas participantes que llevaban un mayor peso de responsabilidad:

> Acabé agotada. Física y mentalmente. (…) Yo he acabado cansadísima. Es chungo decirlo así, porque no lo hice con ese fin, pero es verdad que a mí me vino bien organizar todo esto durante el confinamiento, porque me hacía estar activa y con la cabeza a tope y casi ni me enteré de estos meses encerrada porque yo salía a hacer compras y estaba todo el día haciendo cosas. Pero fue una quemazón enorme, porque yo era la que se encargaba de hablar en el grupo, de coordinar el voluntariado... Entonces todo el mundo me escribía a mí. Y llegó un momento en que yo estaba colapsada, porque qué horror lo que estamos viviendo y la gente está fatal, y no para de decirme todo el mundo que la ayuda no le llega, que en el centro de salud no le cogen el teléfono, que los servicios sociales no les hacen caso... y era desesperante. Yo a veces lloraba y decía: 'No me he preparado para esto'. Yo soy socióloga y estoy haciendo una tesis de historia. No tiene nada que ver mi curro con esto, no estaba preparada. Y escuchar

> tanto dolor de la gente, como que me quemó. (Marina, Comité de Cuidados Vecinales, Ajuntamiento Albaicín, Granada, C261)

Este hecho contrasta con los relatos de aquellas personas que no desempeñaron ese rol, quienes anteponen el sentimiento de satisfacción sobre otras emociones:

> P: ¿Cómo sientes que ha impactado, no la situación general, no vamos a entrar ahí porque antes te has emocionado un poco, vamos a cuidar eso, pero ¿cómo crees que ha impactado la participación en la asamblea en tu vida?
> R: Ah, pues muy positivamente. El sentirte, llegar a casa el día de la recogida y la alegría que te da cuando viene una señora con una bolsa llena de potitos, de pañales... Te emociona ¿no? Y contenta, feliz, de decir, hoy por lo menos hemos ayudado a equis familias, pues súper bien, súper bien, te llena ¿no? Siempre ¿no?
> P: ¿Y a nivel emocional, psicológico?
> R: Sí, sí, pues subirme el ánimo, subirme el ánimo y psicológicamente...
> P: ¿No lo has vivido como una carga, como una obligación o algo que te afecte, porque también estás muy en contacto con situaciones de vulnerabilidad social, no, de exclusión social?
> R: Pues ha sido al contrario. Psicológicamente me ha ayudado porque era sentir que aporto ese granito de arena ya me reconforta a mí ¿sabes? Anímicamente y psicológicamente me hacía sentir bien, de hecho, ya te dije, no he faltado a ninguna. (Lisa, red de cuidados vecinales, Realejo y Barranco del Abogado, Granada, C260)

Aquellas iniciativas que contaban con voluntarios que tenían un recorrido previo fueron más solventes ante los retos de organización, adaptación y ajuste. Sin embargo, en las iniciativas de nueva creación la percepción de riesgo fue menor en tanto que la intervención era puntual y los protocolos internos de la iniciativa eran más claros en el sentido de poder abandonar cuando no se sentían con ánimo para continuar. Es el caso de la red de voluntariado promovida por Núria desde el ayuntamiento, que tuvo muy claro atender este aspecto de la salud de las personas participantes:

> Yo de vez en cuando les iba poniendo, 'eh, que, si alguien está estresado, cansado...', porque también fueron unos días que jolín, todos teníamos nuestras historias personales también, ¿no? Que quien no pueda seguir con su voluntariado que nos avise que entonces le relevo. O sea, estábamos encima también de los voluntarios, ¿no? de cuidar de sus necesidades y ... porque también fue, ostras, no había demasiados EPI, fue un poco difícil al principio, ¿no? Y dices: 'ostras, si alguien no se ve capaz, o no se ve con humor o ... que me diga y pues hacemos el relevo…', nos preocupábamos, ¿no? Pero íbamos haciendo. Y si había alguna incidencia lo comunicaban. (Núria, red de voluntariado del Ajuntament de Falset, Tarragona, C223*)

Finalmente, la mayoría de las personas entrevistadas no reportan una percepción de riesgo difícil de gestionar, ni en ellas ni en sus compañeras/os voluntarios, aunque reconocen que a pesar de decirse optimistas tienen dudas de si esto va a servir para algo. Se quejan de que si volviera a pasar no se están tomando medidas concretas para paliar los posibles efectos de otro confinamiento:

> Si viene otra vez, volvemos al principio. Eh… aquí no se ha preparado nada, a nivel estatal nada, absolutamente nada. Nada. O sea, aquí no se hace nada. Si vuelve a pasar nos vemos en la misma situación. O sea, aquí…. Ufff no sé cómo decirte, no, no, si volviese, yo que sé, volveríamos a (…). Yo siempre he sido una persona optimista siempre y a veces, uff, tengo mis dudas. (Gerardo, Red de cuidados vecinales, pueblo de Cuenca, C105)

Esta visión pesimista de Gerardo es compartida con los participantes de otras iniciativas. Esta sensación de percepción de riesgo no controlado, cansancio o agotamiento se agravó en aquellos casos en que se percibió un abandono por parte de la Administración. Esto pone en cuestión la sostenibilidad de las iniciativas, cuya desaparición (por el abandono de sus

participantes) dejaría aún más aisladas y con menos recursos a las personas mayores atendidas.

6.6. PROCESOS Y TRAYECTORIAS DE LAS INICIATIVAS COMUNITARIAS: ANÁLISIS DE ALGUNAS TENSIONES

Abordamos aquí los procesos y trayectorias de las iniciativas comunitarias a lo largo del tiempo. Para ello, queremos centrarnos en dos aspectos que son centrales para entender la acción que han llevado a cabo y su evolución. Por un lado, realizaremos un análisis sobre cómo ha sido su vínculo con la Administración. Por otro, reflexionaremos sobre cuál ha sido el proceso y evolución de estas iniciativas, especialmente las de nueva creación, una vez finalizado el confinamiento estricto, prestando atención a los factores que han permitido o limitado su sostenibilidad en el tiempo a diferentes niveles.

6.6.1. LA RELACIÓN CON LA ADMINISTRACIÓN

Dentro del marco en el que se desarrollan estas iniciativas, un aspecto fundamental lo constituyen las relaciones que se han dado entre estas y la Administración a diferentes niveles. Para contextualizar cómo es esa relación, en primer lugar, hay que destacar que la acción de estas iniciativas se desarrolla o emerge en un contexto de absoluta emergencia y desbordamiento de los servicios sociales para cubrir las situaciones que habían surgido a raíz del confinamiento. En ese marco general, la relación que se dará entre la Administración y las iniciativas se caracterizará por la improvisación y la escasa coordinación, y por la existencia de límites poco definidos y porosos entre la esfera de actuación de las iniciativas y de la Administración, tal como nos indican distintos testimonios:

> Hombre, seguro que no, porque de hecho las redes que se crean de apoyo mutuo, lo hacen porque la Administración no cubría eso. Pero bueno, aquí es que… no sé, por ejemplo, de repente Correos entregaba unos lotes de alimentos, nosotros hasta conocemos a los de Correos. Qué pasa, pues Correos repartía, pero de repente le sobraba, porque la Administración es así, ¿qué hacían? Pues si tienes contacto nos lo pasaban a nosotros, pero si no tienes contacto pues igual hasta se pierde, yo qué sé. (Mikel, Red de cuidados vecinales, Associació Cultural del Raval El Lokal, Barcelona, C159)

En ocasiones, esta falta de coordinación da lugar a la creación de una red paralela de iniciativas entre aquellas que tienen algún tipo de convenio con la Administración, y otras que surgieron al calor de la pandemia. Entre ambas esferas, a veces surgen intersecciones para sortear trabas burocráticas y fundamentalmente para realizar derivaciones de alimentos o de personas en situación de vulnerabilidad, pero siempre en un contexto de informalidad:

> Hubo un momento que Calor y Café nos contactó. Justo se metieron en el grupo, que veían cómo funcionábamos y nos dijeron: 'Tenemos un montón de comida y queremos hacerla llegar, pero no hay manera, porque no tenemos un convenio con el ayuntamiento, solamente lo tiene Cruz Roja, y le hemos pedido por favor que hagan un convenio de urgencia porque tenemos el almacén lleno. Y no lo hacen'. Y el trabajador social no podía hacerlo directamente con Calor y Café, porque no había convenio. Entonces el trabajador social contactaba con nosotros, nosotros con Calor y Café, y desde allí y Ajuntamientos lo hacíamos llegar a la persona que nos había dicho el trabajador. (Marina, Comité de Cuidados Vecinales, Ajuntamiento Albaicín, Granada, C261)

> Y en una situación que… de hambre prácticamente, ¿no? Entonces bueno, como siempre pues hubo la reacción de la Administración siempre lenta, tardía. Y la de la gente, tanto que trabaja en la Administración como la gente del barrio, esas experiencias de redes que había, pues lo que hizo fue empezar a afrontar esa situación (…). Por ejemplo, la comunidad gitana, pues

> tiene su…son evangélicos, pues tienen la iglesia, tiene sus formas de hacer, pero se organizaron. La filipina, que es muy particular, pues también. Los alternativos, que somos nosotros, pues bueno, la gente empezó a organizarse y como te conoces, empezó a apoyarse. Por ejemplo, pues la alimentación, banco de alimentos, si no estás estructurado, si no eres una entidad, bueno, las cosas de la burocracia, pues entonces los que ya tenían esa situación normalizada, pues derivaban alimentos a los que eran más informales. (Mikel, Red de cuidados vecinales, Associació Cultural del Raval El Lokal, Barcelona, C159)

Por otro lado, a partir de los discursos analizados, podemos establecer una diferenciación entre tres planos de actuación diferentes entre las iniciativas y la Administración.

Un primer plano, es el plano político donde predominan relatos que hablan de inacción, o ineficacia, de la Administración para con las consecuencias sociales que se generaron durante y tras el confinamiento, a la vez que existen en bastantes casos testimonios que señalan las reticencias y la desconfianza por parte de las instituciones para colaborar con este tipo de iniciativas, especialmente aquellas que surgieron a raíz de la pandemia:

> Cuando digo institución en este caso digo el Gobierno Vasco, que fue el primero que dijo: 'eh, no, no, no a ver qué es esto', ¿no? Y luego hubo ahí cierta alarma y cierta criminalización por parte de las instituciones de decir: '¿quién es esta gente?, y ¿vas a dejar entrar a esta gente a casa?', y toda esta cuestión, pero yo creo que en nuestro barrio eso no caló y no caló porque somos gente de ahí que llevamos toda la vida viviendo ahí y que participamos, no sé, que nos ven todos los días, nos vemos todos los días, ¿no? Entonces bueno, no, no caló eso, a mí en ningún momento nadie me vino a preguntar a ver quiénes éramos y no sé qué, y qué estábamos haciendo. Entonces bueno, me parece que las instituciones en este caso pues… hablo en estos términos de perder o ganar porque me parece que se asustaron con una iniciativa de carácter popular, muy popular, muy comunitario, y dijeron: 'uf, eso no lo podemos permitir', entonces ahí perdieron esa batalla, por eso hablo en esos términos eh, ahí sí me parece que quedó la presencia de la institución, ¿no? Respondiendo tarde y bastante mal. (Maialen, red voluntaria de cuidados Algortarrok Zaintzen, Algorta, Getxo, C192)

Esta crítica hacia el papel de las instituciones y su actuación derivó en algunos casos en la puesta en marcha más adelante de acciones críticas por parte de algunas de estas iniciativas, por entender que estaban realizando un papel que correspondía asumir a la Administración, a la vez que trataban de conjugar su acción asistencial con un discurso más reivindicativo. Un buen ejemplo de este tipo de campañas críticas lo encontramos en la que se realizó bajo el *hashtag* #ayuntamientohazlotu, la cual, a la vez que apoyaba la campaña de recogida de alimentos para otra organización, denunció con ese lema los insuficientes medios movilizados por las Administraciones para atender las necesidades sociales, y cómo eran las redes ciudadanas quienes las estaban cubriendo.

Un segundo plano del discurso sobre las relaciones con la Administración está relacionado con el vínculo existente con los Servicios Sociales. Desde las iniciativas, la fotografía que se hace de estos es la de unos servicios desbordados ante la situación, ineficaces en su forma de actuación y, en ocasiones, atados por las trabas burocráticas:

> Nosotros entonces una vez supimos que [podíamos ayudar en la tramitación del ingreso mínimo vital] fuimos a exponerlo en el concejal. Decimos al concejal de servicios sociales, 'nosotros nos queremos implicar en este tema ¿a quién lo dirigimos?'. Claro, aquí el regidor lo vio con buenos ojos, vio que las asistentes sociales que deberían cubrir esta faceta y que están en colaboración con el consejo comarcal este tema vieron... (…) a ver, como te lo diré, porque esto quedará grabado. Vimos que… el ayuntamiento lógicamente nos lo permitió, pero si nosotros no hubiéramos movido ficha, esto se hubiera quedado sin hacer. ¿Por qué? Bueno, pues porque las asistentes sociales tramitan mucha, hay mucha demanda. Son las que son, y trabajaban desde casa especialmente, en horarios también muy reducidos, es decir, cuando la Administración estaba medio cerrada, nosotros estábamos medio abiertos, ¿vale? (Jep, voluntariado local apoyado por Cruz Roja, La Selva del Camp, Tarragona, C118*)

Otro ejemplo muy ilustrativo del tipo de trabas burocráticas, lo aporta el testimonio de la concejala del ayuntamiento de Tarragona, que relataba así la situación jurídica con la que topaban estas iniciativas a partir del estado de alarma:

> Con el estado de alarma se cayó toda la regulación en torno al voluntariado ¿vale? Entonces todo eso no estaba vigente. Por lo tanto, lo que nos llegó de las instrucciones de la Generalitat, formal e informalmente, era que todo lo que no hiciéramos y que se hiciese solidario, lo teníamos que amparar desde el ayuntamiento porque si no, era ilegal. No podías salir para hacer lo que fuese. No. Todo lo que fuese tenías que dar tú el permiso. Entonces, esto creó una situación que por suerte no generó más conflicto del que podría haber sido porque sobre todo alguna entidad… Bueno, se creó una red solidaria que vio como una injerencia el hecho que nosotras lo generáramos también como una red, pero es que realmente necesitábamos generarlo para amparar todas las iniciativas que querían continuar y que veíamos que querían continuar ¿no? Entonces la idea era no ser invasivas, y buscar que todas… o sea, hicimos como una doble vía. (Carla, red de voluntariado del Ajuntament de Tarragona, C098)

O el testimonio de Ángel, que narra las dificultades en las que desarrollaban su acción, en un contexto un tanto ambiguo entre la alegalidad y la ilegalidad:

> Esto lo hacemos ahora y parece que hemos perdido el miedo, pero… tenías que sentarte delante de una persona en un tiempo en que estabas confinado, en el que no se podía casi salir de casa o te dejaban salir a hacer deporte y te venías a hacer un ingreso mínimo con alguien, ¿no? Es decir, aquel volumen de trabajo que se generó es cierto que fue… ha dado muchas respuestas, pero lo que decía antes, da una respuesta a un tipo de necesidad muy, muy urgente en la que no sé, ni siquiera si tenemos capacidad para responder a eso con una cierta calidad. (Ángel, mesa coordinadora de la Asociación de Vecinos de un barrio de la periferia de Madrid, C283)

Además, la relación entre los servicios sociales y estas iniciativas no está exenta de situaciones paradójicas, que nos hablan de una relación contradictoria, como lo muestra el hecho de que bastantes testimonios relatan situaciones de derivaciones de casos desde los servicios sociales a estas iniciativas, aun no contando estas con ningún tipo de reconocimiento oficial:

> Nos hemos encontrado con que desde los Servicios Sociales se ha contactado con nosotros para que nos ocupáramos de cuestiones que, en principio, si no tuviéramos unos servicios sociales tan deteriorados, tan limitados, tan maltratados, y tan faltos de financiación... En fin, todo eso fruto de un proceso que viene de mucho tiempo, relacionado con recortes. Pero bueno, había situaciones en las que ellos no estaban en condiciones de llegar y nosotros sí. (Juanjo, grupo de cuidados vecinales del Zaidín, Colectivo La Ribera, Granada, C199)

Finalmente, un tercer plano lo constituye la actuación puntual de algunos técnicos ("una cosa es la máquina y otra la individualidad", como señalaba un activista). Así, existen numerosos testimonios que relatan el caso de trabajadoras/es sociales que han colaborado con las iniciativas, en ocasiones saltándose protocolos de actuación, algo que se achacaba al hecho de tener más contacto y más información sobre el terreno:

> P: No lo reconoce nadie en nosotros, la prioridad es otra. Con la gente que está ahí sí, yo sí creo que hay, la gente entendió y se saltaron protocolos pues porque no había…
> R: Sí, sí. Una cosa es la máquina y otra cosa es la individualidad, digamos.
> E: Exacto, pero claro, aquí hay el sector más burócrata digamos y luego está la gente que conoce el barrio, que está más implicada, que son muchas, que esa reacciona de otra manera. (Markel, red voluntaria de cuidados Algortarrok Zaintzen, Algorta, Getxo, C162)

> Yo creo que ha sido a iniciativa del trabajador de tal sitio que se veía con una ingente tarea y con muy poquitos recursos y muchas cosas a las que atender, y que en un determinado momento pues... porque ellos además conocen casos, conocen familias: 'oye tenemos esta familia que son dos ancianitos, les pasa esto, ¿podéis vosotros...?'. Sí que era una cosa curiosa que ellos en principio tenían que tener un cuidado extremo digamos con todas las cuestiones

> de protección de datos y claro, a nosotros, o a mi particularmente era algo que me desesperaba un poco. (…) A veces eso, aunque tiene su razón de ser, se convertía en obstáculos y dificultades. Por ejemplo: 'está esta familia, pero yo no te puedo dar a ti su teléfono, puedo darles tu teléfono'; y era como vale, dales mi teléfono que no hay ningún problema. Pero claro era como: 'Pero bueno, ¿qué me estáis contando?', o 'para esta cosa, yo esto lo puedo hacer a nivel personal, pero no como profesional de servicios sociales'. (Juanjo, grupo de cuidados vecinales del Zaidín, Colectivo La Ribera. Granada, C199)

Sin embargo, en términos generales la relación con la Administración se percibe de forma diferente en las localidades rurales, pues se percibe una mayor fluidez y naturalidad en la interlocución y la coordinación, tanto con los servicios como con algunos cargos institucionales, algo que se achaca a un mayor vínculo social y que, a su vez, suele ser interpretado como parte del interés surgido por alguna persona concreta:

> La gente que tiene necesidad empieza a llamar a los teléfonos que aparecen ahí que son el de este concejal y el de gente que toma nota para este concejal. Entonces este concejal, Dani, que no está actuando tanto como concejal en principio, recibe mensajes del tipo: 'me he quedado sin comida y no puedo salir a trabajar'. Entonces esta persona recoge sus datos, Dani contacta con la asistente social de la mancomunidad y la asistente social de la mancomunidad analiza un poco el caso, ve los ingresos, ve el estado en el que está ahora mismo esa familia y dice: 'adelante, está dentro del umbral que hay que proteger'. (Pilar, Fresnecuida-Solidaridad Vecinal Organizada, Fresnedillas de la Oliva, Madrid, C344)

Estos diferentes planos de actuación se complementan con las percepciones que se tiene desde estas iniciativas sobre la Administración, y el contraste que establecen entre estas y la forma en que representan su actuación. En los discursos analizados, se considera que las iniciativas tienen capacidad para actuar de forma rápida y anticiparse a los problemas, a la vez que se destaca su cercanía y su capacidad para detectar situaciones inmediatas y cotidianas que son vistas como otra manera de hacer las cosas. En contraste, la actuación de la Administración es asociada a reaccionar tarde y con lentitud, a la búsqueda de control, a poner trabas burocráticas y a realizar una intervención de carácter asistencial que no va a la raíz de los problemas. Este es el testimonio de la secretaria del ayuntamiento donde se cuestiona la actuación de servicios sociales:

> Lo primero que hizo la trabajadora familiar social a principios del confinamiento, nos pidió una lista de las personas vulnerables del municipio y dices: '¿cómo? O sea, ¿me estás diciendo que tú, trabajadora social, no sabes qué personas hay vulnerables en el municipio?'. Yo lo pongo en duda esto, eh. (...) Claro, aquí se empezó a crear un problema. Porque dices, ¿vulnerable? Yo qué sé quién es vulnerable ¿aquí? Esto lo debe saber ella. (...) ¿Qué problema teníamos? Claro, son datos personales, ya estamos, o sea, yo los datos personales no se los puedo dar. Yo no puedo decir: 'ten el listado de la gente a partir de los sesenta años'. Yo esto no lo puedo hacer. Debe estar motivado. La trabajadora social sí que me lo puede pedir, pero ella no quería un listado, ella quería que de aquel listado yo le dijera cuáles eran vulnerables. Y yo podría meter la pata... (Berta, sin iniciativa constituida, La Riera de Gaià, Tarragona, C158*)

Por otro lado, de los testimonios recogidos se deduce que, en términos generales, la Administración ha visto a estas iniciativas como un recurso eminentemente subsidiario de su acción, asociado únicamente a un momento puntual y al contexto extraordinario de la pandemia. Este hecho se observa especialmente cuando se analiza la relación de las iniciativas de nueva creación surgidas a raíz de la pandemia con la Administración, o cuando se presta atención a los espacios de coordinación surgidos entre varias asociaciones para intentar dar respuesta. Así, a diferencia de las iniciativas que ya tenían algún tipo de convenio previo con la Administración, las nuevas son vistas frecuentemente con cierto recelo, lo cual deriva, en ocasiones, en una falta de legitimación por parte de la Administración o en un no

reconocimiento como agentes a los que tener en cuenta para llevar a cabo una acción coordinada:

> Yo creo que el ayuntamiento se lo tomó a mal y... No solo en este pueblo sino en los otros pueblos no hubo ninguna... Legitimidad, no se le dio ninguna legitimidad a las redes de ciudadanía que se estaban creando en Euskal Herria, las legitimidades que se daban se daban desde el movimiento popular pero nunca de las instituciones. (Ainhoa, red voluntaria de cuidados Algortarrok Zaintzen, Algorta, Getxo, C164)

> La relación con Servicios Sociales ya la teníamos. Éramos perfectamente conocedores de que estaban bloqueadísimos, saturadísimos. No había que ser un lince para verlo, pero era una realidad. Pues todos la veían menos la Administración política, en este caso de la Junta de Distrito. No podían. No quiso nunca aceptar que no llegaban y nunca quiso, una demanda fundamental que hubo desde las asociaciones que fue: 'vamos a sentarnos y vamos a hacer una única mesa de coordinación en la que todo esté atado. Porque yo no sé si estoy atendiendo al mismo que estás atendiendo tú. Y tú no sabes si yo le estoy atendiendo'. ¿Cuál es su solución?: 'dame los números y los nombres y yo soluciono todo'. Y tú sabías perfectamente que eso no era real porque sabemos que tus técnicos no pueden solucionar nada. (Juanjo, grupo de cuidados vecinales del Zaidín, Colectivo La Ribera, Granada, C199)

Este hecho (la no legitimación de las iniciativas surgidas a raíz de la pandemia y su no reconocimiento como interlocutores), es uno de los elementos citados frecuentemente como fuente de tensión, especialmente en aquellas entidades que tienen un cariz más político. Además, para algunas personas entrevistadas, detrás de esta falta de entendimiento con la Administración, subyace una mirada diferente sobre cómo entender la acción que se estaba realizando. Aquí se contrapone, según ellos, la mirada asistencial que tenía la Administración con una concepción más politizada en la que se ve la situación de emergencia como una oportunidad para construir tejido social y vecinal:

> P: Yo te quería preguntar la diferencia entre la perspectiva que podían tener desde estos organismos públicos y la vuestra. Me da la sensación que este es el quid de la cuestión: que ellos os veían como un recurso puntual para solucionar problemas, y vosotros echabais de menos otro tipo de implicación.
> R: Sí. Ellos nos veían a nosotros como gente muy maja, pero no veían que había un proyecto de construcción de tejido social. Porque uno puede hacer estas cosas por llenar sus vacíos, sus frustraciones, por ir al cielo, cada uno por las razones que tenga. Y yo no voy a utilizar esto para llevar el agua a mi molino por así decirlo, pero esto tiene detrás una concepción de cómo debería ser nuestro barrio, cómo tendría que ser nuestra ciudad, cómo tendría que ser nuestra sociedad... y es una concepción política. (Juanjo, grupo de cuidados vecinales del Zaidín, Colectivo La Ribera, Granada, C199)

En este sentido, hay que destacar que, con el tiempo y una vez pasado el confinamiento estricto, estos espacios de nueva creación (especialmente las redes de coordinación surgidas entre varias iniciativas a raíz de la pandemia), en ocasiones han sido un canal de reivindicación y denuncia, como sucedió con la campaña de #ayuntamientohazlotú, que ya hemos explicado, o como se ve en el siguiente testimonio de Irisa:

> Por un lado esto, ¿no? Como en no contemplar… como todo el ámbito de necesidades que se tienen que cubrir, ¿no? Y es como… eso, no sé. Al final lo acabaron cubriendo las redes ciudadanas. ¡Y está bien! Pero hasta un punto, ¿no? Después las redes ciudadanas decían: '¡ostia! Que no es normal, que nos estén derivando desde Servicios Sociales a nosotras, nosotras no nos queremos hacer cargo'. (Irisa, pla comunitari Sagrada Familia, Ajuntament de Barcelona, C195)

En otras ocasiones estas iniciativas o espacios de colaboración se han constituido en un instrumento para canalizar otras demandas ciudadanas detectadas ante la falta de eficacia de

los servicios públicos en el territorio y que van más allá de la asistencia directa a las personas en situación de vulnerabilidad. El caso expuesto por Ángel es elocuente:

> Es cierto que nos quedan retos, retos a los que no podemos dar respuesta como asociación ni muchas veces como red y tiene que ser la Administración, pero hasta para esto vale. El mes de noviembre nos dicen que llevamos tres meses sin pediatra en el centro de salud, para esto sirve también la red. La escuela infantil, las madres de la escuela infantil nos llaman y nos dicen: 'oye, que llevamos esto, que qué hacemos, ¿podemos hacer algo?, ¿usamos como red?, ¿cómo la liamos, cómo nos liamos?'. Solo en el mes de noviembre, hicimos una campaña de recoger firmas, de denuncias, de reclamaciones y de juntar firmas de… con pandemia, tanto digitales como de papel, todo lo que pudimos. En un solo mes hemos recogido 700 firmas, en un solo mes. Es decir 7000 personas, familias vamos, han firmado y han apoyado, hemos ido a Telemadrid, ha venido Telemadrid a vernos. Nos entrevistó en el centro de salud, o sea, con un directo, con una simple acción. Es decir, también vale para esto la red, es decir, para lo primero detectar una necesidad. No puede ser que un barrio, en plena pandemia, con la que estamos pasando, tú no puedas ir al pediatra por la tarde con tu hija. (Ángel, mesa coordinadora de la Asociación de Vecinos de un barrio de la periferia de Madrid, C283)

Otro motivo de conflicto con las asociaciones lo constituye la forma en que se realizaban las derivaciones de personas y la inexistencia de criterios, por ejemplo, para la realización del reparto de alimentos. En ese sentido, la siguiente cita es muy ilustrativa:

> La Administración jugó con todo eso. Y jugó negativamente porque, lo que os decía, ella se ponía en contacto con los diferentes grupos: '¿Cuántos tienen tú?'. 'Pues tengo 150'. 'Pues te doy 70 comidas'. 'Pero ¿qué me están contando?'. Y ¿quién decide quién son los 70 que no comen? ¿Yo? Pues esas situaciones se daban constantemente. (Ángel, mesa coordinadora de la Asociación de Vecinos de un barrio de la periferia de Madrid, C283)

6.6.2. LA SOSTENIBILIDAD DE LAS INICIATIVAS

Analizamos aquí la sostenibilidad en el tiempo de las iniciativas comunitarias surgidas durante la pandemia. Las que nacieron como respuesta a las urgentes necesidades de la sociedad durante el confinamiento han sufrido cambios significativos, como también las que, siendo preexistentes, adaptaron sus actuaciones. Diferenciaremos entre dos períodos: el período asociado al confinamiento estricto que situamos entre marzo e inicios de mayo del 2020, asociado a la primera ola de la covid, y el periodo posterior que se ha prolongado durante buena parte del estado de alarma. Pondremos el foco de atención principalmente en las iniciativas de nueva creación, dado que su existencia misma está intrínsecamente unida y condicionada por el contexto de pandemia y porque buena parte de los aspectos referidos a la adaptación de las iniciativas preexistentes ya se han desarrollado anteriormente en el apartado 6.4.3 de este capítulo.

6.6.2.1. EL PERIODO DE CONFINAMIENTO ESTRICTO

Al analizar las iniciativas comunitarias creadas durante el confinamiento se pueden identificar factores comunes que facilitaron su sostenibilidad. Aunque cada iniciativa haya tenido su propio desarrollo, es posible señalar algunas coincidencias identificando tres factores clave: 1) las redes preexistentes al surgimiento de la iniciativa; 2) la territorialidad de las iniciativas y su cercanía; y 3) la rapidez en la respuesta a través de grupos motores dentro de las propias iniciativas y, por tanto, la falta de teorización respecto al proyecto en un primer momento. A estos elementos, hay que sumar la activación de recursos que se realizó, como ya señalamos en el apartado dedicado a las infraestructuras que sostuvieron estas iniciativas.

Las relaciones y redes, tanto las surgidas en la cotidianeidad como a través del tejido asociativo preexistente, han jugado un papel fundamental en la creación y funcionamiento de las redes

de apoyo mutuo, según nos confirman las personas entrevistadas. Son, en definitiva, las consecuencias del capital social (BOURDIEU, 2000) acumulado en cada barrio y por parte de cada participante de la red que, ante un suceso extraordinario como la pandemia, se ha activado y movilizado:

> Personalidad de barrio o gente cercana que se conoce y que tiene ya antes del confinamiento maneras o alguna costumbre de funcionar en el barrio o de saber ¿no? Un entendimiento de lo que es un barrio, de lo que es un vecino y de lo que es la comunidad vecinal. (Ainhoa, red voluntaria de cuidados Algortarrok Zaintzen, Algorta, Getxo, C164)

> Sí, o sea, entre barrios ha habido contrastes ¿no? El hecho de cómo el tejido asociativo de ese barrio previamente qué fuerza tenía ¿no? Tanto asociativo en un sentido institucional de asociaciones como de redes en sí de vecinas. (Alicia, Grupo de cuidados vecinales, colectivo Ajuntamientos Centro-Sagrario, Granada, C138)

> En sitios donde han estado muy coordinados y ya estaban coordinados de antes como pues, está claro, que la escuela infantil con una comunidad educativa, una escuela de…. una comunidad que participa y que es escuela de aprendizaje es…, está organizada para poder generar, ¿no? Pues ahí les ha costado menos. (Ángel, mesa coordinadora de la Asociación de Vecinos de un barrio de la periferia de Madrid, C283)

Dentro de esas redes el comercio local, que también es parte de esa comunidad preexistente en cada territorio, ha jugado un papel importante como herramienta de difusión de las iniciativas y como nexo de unión entre el vecindario:

> Los primeros días pues nos reuníamos una hora antes de que viniese el panadero en la plaza, (...) preguntar por si fulanito bajaba o no, o sea, la cosa es también estar un poco controlando que si alguien no baja dos o tres días pues igual ya te preocupas de que pasa algo (…) y subíamos a su casa 'oye, que ha venido el pan, o no ha venido el pan ¿no quieres pan? ¿Estás bien?'. (Gerardo, Red de cuidados vecinales, pueblo de Cuenca, C105)

La comunidad preexistente, por tanto, juega un papel importante en la puesta en marcha de las redes de cuidado comunitarias: la relación entre vecinos y vecinas se convierte en una suerte de alianza estratégica que permite sobrevivir durante el confinamiento. Más aún la situación de cierta liminalidad motivada por el confinamiento ayudó a establecer, como ya hemos remarcado, una idea de *communitas* colectiva (TURNER, 1988). Al mismo tiempo, ese contexto favoreció la generación de dinámicas de reciprocidad donde la compensación del tiempo donado va asociada a la idea de la gratitud como contraprestación (CASADO NEIRA, 2003:110). En este sentido, algunos entrevistados hacen referencia explícita al agradecimiento de las personas a las que prestan servicios como forma de recompensa:

> Hablas con la gente, y la gente encantada, súper agradecida dándonos las gracias, los voluntarios igual. (Andrés, AMPEG, Granada, C140)

> Pues yo, ver que la asociación de vecinos nos llamó varias veces para decir: 'gracias por lo que estáis haciendo, porque no hubiéramos sido capaces', me emocionaba y todo. Que tanta gente tan dispar estuviera ahí y estuviera valorando lo que se estaba haciendo, me consolaba mucho. (Marina, Comité de Cuidados Vecinales, Ajuntamiento Albaicín, Granada, C261)

Por otro lado, para hacer viable estas iniciativas fue fundamental el papel que jugaron las personas coordinadoras. Sin embargo, quienes ejercieron este rol padecieron una enorme sobrecarga y estrés, tal como Marina (C261) enfatizaba y hemos expuesto anteriormente en el apartado 6.5.2.3 de este capítulo. Este factor de agotamiento supuso en sí mismo un límite para la sostenibilidad de las iniciativas.

6.6.2.2. LA SOSTENIBILIDAD DE LAS INICIATIVAS DURANTE LA DESESCALADA

Cuando las medidas más estrictas del confinamiento fueron reduciéndose y empezó la desescalada, el contexto en el que operaron estas iniciativas cambió notablemente. El punto de inflexión es mayo del 2020, cuando finaliza el primer estado de alarma. Aunque posteriormente se decretó otro estado de alarma, entre octubre de 2020 y junio de 2021, con restricciones importantes, no hubo un confinamiento tan estricto como el inicial. En términos generales podemos identificar tres procesos diferentes que se han dado en torno a las iniciativas en esta nueva etapa. En primer lugar, encontramos aquellos proyectos que asumieron la esencia coyuntural de sus iniciativas y, en consonancia, no encontraron razones para seguir una vez había comenzado la desescalada. Así lo describe Andrés:

> P: ¿Cuánto duró la iniciativa? ¿Sigue en marcha? ¿En qué momento se pensó que ya no? No sé, tú me dices.
> R: [Hace memoria] Pues mira, esto se quedó hasta... a ver, fue... hasta ¿mayo? Hasta mayo, aproximadamente. ¿Mayo? Quizá te lo pueda decir, un momentillo [mira conversaciones de Telegram/WhatsApp]. Mayo, cuando empezó a poder salirse, cuando se acabó con el confinamiento estricto, ¿no? Es que claro, no es que lo quitamos porque lo quitamos, sino porque no había llamadas. Era absurdo estar pendiente del teléfono cuando ya no hay llamadas. A lo mejor había una... Es verdad que yo tengo ciertos trabajadores sociales que les digo: 'cuando no te queden recursos, llámame a ver si lo puedo solucionar'. Y siempre que me han llamado lo he podido solucionar. Pero te estoy hablando de a lo mejor es una vez al mes, prácticamente anecdótico. (Andrés, AMPEG, Granada, C140)

Lo mismo sucede con otras iniciativas asociadas a la elaboración de mascarillas o a algunas situadas en el contexto rural encaminadas al acompañamiento y prestación de servicios a personas que vivían en soledad:

> [Las mascarillas] ya se podían comprar en muchos más sitios, en cualquier sitio encuentras (…) pero nosotras íbamos haciendo e iban pasando las semanas y también eran más accesibles por tanto nuestra finalidad no tenía razón de ser. (Rossó, Red de Confección de Mascarillas, Lleida, C096*)

> Ya empezaron a venir [los hijos], y ya pues hombre, ten en cuenta, ya te digo ellos ufff madre mía, lo sentían un montón y sí, sí, ya se empezó a normalizar, entre comillas. (Gerardo, Red de cuidados vecinales, pueblo de Cuenca, C105)

En otros casos, aparecen también algunas menciones significativas como sucede con Carla:

> Cuando acaba el estado de alarma, acaba su función y su razón de ser, pero también su capacidad de ser. (Carla, red de voluntariado del Ajuntament de Tarragona, C098)

El fin de la "capacidad de ser" que Carla identifica en la disolución de la iniciativa que ella misma promovió, aparece condensada en dos razones principales: por un lado, la falta de disponibilidad de tiempo de las personas voluntarias al incorporarse a su trabajo, unido a la llegada del verano y, por otro, la desaparición (o atenuación) de las necesidades que en su día fueron razón para la creación de la iniciativa. No obstante, en algunos casos el cese de la actividad no comportó tanto una clausura, sino una suerte de estado latente a expensas de lo que pudiese suceder y con la conciencia de que se habían generado redes de organización que podían ser sumamente útiles en el futuro:

> Yo no me atrevo a decirte ni que se ha desinflado ni que ha cuajado en nada, realmente, estamos todavía en un... si esto fuera química, sería una cosa que se llama complejo activado, que es un estado intermedio entre las sustancias iniciales que reaccionan y las sustancias finales que se forman, que puede dar lugar a sustancias finales o puede volver a dar las iniciales. (Juanjo, grupo de cuidados vecinales del Zaidín, Colectivo La Ribera, Granada, C199)

Sin embargo, en ciertas entrevistas aparece una sensación de haber parado prematuramente e incluso un cierto lamento de no haber reflexionado sobre las acciones realizadas y ver cómo seguir, aunque normalmente esa reflexión va acompañada de una conciencia sobre la necesidad de reformular las iniciativas para reorientarlas hacia otras acciones:

> No se llegó a desintegrar, pero se apagó igual un poco pronto, porque daba para otro tipo de actividad, incluso una que podía ser muy importante que era la de conocernos la gente que estábamos en la red, no sé, hacer una chocolatada hacer un encuentro en el barrio ¿no? Me parece también que faltó un cierre o un pseudocierre. (Ainhoa, red voluntaria de cuidados Algortarrok Zaintzen, Algorta, Getxo, C164)

> Esto tenía que seguir adelante pero ya en otro formato, ya no podía ser el formato de asistencialista total porque para hacer asistencia están las instituciones, y nosotros le teníamos que dar una... Una perspectiva de clase y una perspectiva más, mucho más, más desarrollada y mucho más realizable y por y para las personas ¿no? Y para la gente. (Kerman, red voluntaria de cuidados Algortarrok Zaintzen, Algorta, Getxo, C163)

Las iniciativas preexistentes dirigidas a la población mayor han seguido operando, aunque adaptando sus circunstancias a las medidas de prevención frente a la pandemia, y realizando algunos cambios. Así, en el caso de los *cohousing*, por ejemplo, la pandemia ha llevado al refuerzo de algunos servicios asociados a la dependencia y el acompañamiento:

> P: ¿Qué aprendizaje se lleva el proyecto de *cohousing* respecto al covid? (…) ¿qué cambios ha motivado?
> R: A nivel general...no. Se ha podido organizar... han aparecido un grupo de chicas, de chicas que montaron un servicio de acompañamiento. Claro, cuando esto se acabó se acabó y ahora lo que han montado es un servicio de acompañamiento en coche al hospital y entran contigo, que esto era un aspecto que no estaba cubierto ni de lejos aquí. Y luego el servicio de dependencia yo diría que sí que se ha planteado el que había que ofrecer más servicios, lo que quiere decir rebajar costos, trabajar personal... porque con lo que se estaba teniendo no había bastante. (Virginia, vivienda colaborativa Trabensol, Torremocha del Jarama, Madrid, C247)

En cualquier caso, abundan los testimonios que hablan de una mayor toma de conciencia sobre la importancia del cuidado emocional y el acompañamiento en las iniciativas dirigidas a personas mayores:

> En nuestro día a día hemos reforzado esta comunidad, le hemos dado un sentido a cualquier actividad que suponga un cuidado para otras personas, desde una conversación hasta un acompañamiento que también se hacían antes desde la comunidad. (Vicente, proyecto comunitario Envejece en tu Pueblo, Artieda, Huesca, C298)

Así sucedió también con la iniciativa que coordinaba Ángel en un barrio periférico de Madrid, donde el trabajo realizado durante el confinamiento había desembocado en varias cuestiones. Por un lado, en el plano organizativo, el trabajo conjunto realizado había tenido como consecuencia la incorporación de nuevas iniciativas a la red (como la parroquia del barrio), así como una mejor coordinación entre las iniciativas y una mayor interlocución con los servicios sociales y con otros recursos existentes como el centro de mayores. Por otro, había llevado a una mayor toma de conciencia sobre las situaciones de soledad no deseada que se daban en el barrio y la necesidad de seguir interviniendo sobre realidades asociadas al cuidado:

> P: ¿Qué actividades vais a hacer? ¿O qué acciones vais a hacer o si se está en una etapa, todavía, incipiente? Esa idea de empezar a trabajar con mayores, que comentabais en la asociación…
> R: Es como… hemos hecho en la red, como seguimos haciendo y como creemos que es la mejor forma y es trabajar con el centro de mayores, por una parte. Y, por supuesto ahora, aprovechar mucho más desde la red y con el trabajo con Servicios Sociales y la conexión con esos servicios sociales. Ellos eran los que nos detectaban que esa necesidad que existe y está

> ahí. Y esa soledad de los mayores es palpable. Entonces… por proyectos, ¡ojalá!, seamos capaces de tirar adelante proyectos que unan eso, que unan atender a estos mayores que, encima, son muchos de nuestros vecinos y muchos de nuestros socios más antiguos de los que, por desgracia, pues no han seguido en la actividad porque no hemos sabido o podido. (Ángel, mesa coordinadora de la Asociación de Vecinos de un barrio de la periferia de Madrid, C283)

Finalmente, encontramos algunos casos de iniciativas de nueva creación que han perdurado en el tiempo, pero reorientando su acción a partir del confinamiento. Esta trayectoria aparece en personas, generalmente con experiencias previas de activismo, que deseaban que su iniciativa diese un paso desde actividades de tipo asistencial a otras lógicas de actuación si bien, entre las iniciativas analizadas, son escasas las que han conseguido repensarse y cambiar su modo de actuación. Uno de estos casos es la iniciativa en la que participó Marina, que pasó progresivamente de realizar acciones de tipo asistencial a ir centrando su actuación en la denuncia y reivindicación de situaciones de precariedad y pobreza material en la ciudad:

> Hay un órgano, la junta municipal de distrito. No teníamos palabra, porque como no estamos constituidos como asociación, tenemos turno de palabra cuando le toca al público. Pero ahora un miembro de Ajuntamiento Albaicín se acercaba mucho y le dijimos que por qué no se encargaba él de llevar las demandas a la junta municipal, y él está haciendo de unión. Entonces a través de la junta municipal de distrito algunas veces, con el ayuntamiento, le llevamos pedido un local en el centro del barrio, en San Miguel Bajo. Creo que es lo único que hemos demandado de forma más directa. Y ahí estamos esperando desde hace meses. Y ahora con el tema del grupo de cuidados quisimos hacer un poquito de presión: que somos útiles en el barrio, que nos podéis dar un mínimo. Creo que ese es nuestro contacto. Nos hemos constituido como asociación, porque en un futuro, para ciertas cosas, nos puede servir. (Marina, Comité de Cuidados Vecinales, Ajuntamiento Albaicín, Granada, C261)

Pero quizás el caso más singular de este tipo de trayectorias que han optado por repensar su modo de intervención tras el confinamiento estricto lo constituye la iniciativa en la que participó Pilar. En su caso, seguían realizando reparto de alimentos ante la demanda que seguía existiendo en su pueblo, pero entre sus aspiraciones estaba reorientar su actividad hacia otras alejadas del asistencialismo a partir de algunas carencias detectadas en su experiencia:

> Pues estamos inventando esto de la brecha digital ¿no? Hay gente jovencita que puede empezar a formarse y ayudar a sus padres en el tema de la informática o tal. Hemos hablado de esto del Banco de Tiempo [alternativa económica social donde la unidad de intercambio es el tiempo], estamos pensando montar unas huertas comunitarias que probablemente, como pasaba en el BAH [proyecto Bajo el Asfalto está la Huerta] no van a dar verduras, pero bueno, van a generar un espacio de encuentro, un tiempo de estar juntos y todo eso son cuidados al final también. (Pilar, Fresnecuida-Solidaridad Vecinal Organizada, Fresnedillas de la Oliva, Madrid, C344)

Pero, al mismo tiempo, para poder desarrollar su acción esta iniciativa había tenido que realizar algunos ajustes que facilitasen su pervivencia. En su caso, para garantizar la sostenibilidad material, tuvieron que buscar nuevas fuentes de financiación más allá de los donativos, lo que hizo que tuvieran que pedir una subvención y hacer gestiones para convertirse en receptores de alimentos del banco de alimentos:

> [Hablando del cambio en la forma de actuación] En la cuenta bancaria acabó habiendo mucho dinero, yo lo voy a mirar porque en el *dossier* este que preparamos lo ponía… Pues había mucha pasta pero claro hubo momentos en que bajó mucho, momentos en que la gente decía: 'bueno esto ya está mejorando ya no tenemos que dar dinero', ¿no? El alcalde daba dinero, hubo dinero en la cuenta que fue de los concejales... pero claro hubo un momento en que la gente empieza a donar menos y cuando empezamos a ver que ya no llegamos a hacer la compra del siguiente jueves pues entramos en pánico porque ya hemos creado... ya somos una referencia, ya hay familias que están esperando la cesta. Entonces Dani habló con el banco

> de alimentos este de Colmenarejo con el que hemos tenido mucha relación, y ellos nos dicen que hay obras sociales que están abriendo ahora concursos para ver qué cosas se están haciendo, qué iniciativas hay porque quieren dar dinero y es cuando preparamos este dossier y se lo presentamos a [entidad bancaria] y parece que tenemos posibilidades. A la vez, en paralelo, nos ponemos en contacto con el Banco de Alimentos de Madrid que empiezan a estudiar los casos que tenemos y cómo nos hemos ido comportando. Claro yo sigo diciendo que es muy pintón el proyecto porque hay gente que lo ha escrito bien, está bonito, hay fotitos, hay un fotógrafo muy bueno en el pueblo... entonces claro, es muy vendible para un banco es estupendo, somos muy atractivos, pero como en el fondo lo que a nosotros nos interesa es hacer cestas pues quien ponga la pasta en un momento dado es igual. Entonces nos dan la pasta y además el banco de alimentos nos considera aptos para recibir sus alimentos, con lo cual ya no hay que ir a hacer la compra y ya no hay que pedir más donativos y esto empieza a moverse con su propia energía, y aquí estamos. (Pilar, Fresnecuida-Solidaridad Vecinal Organizada, Fresnedillas de la Oliva, Madrid, C344)

No obstante, para poder seguir garantizando la distribución de los alimentos tuvieron que realizar algunos cambios que garantizasen la sostenibilidad de la iniciativa y que solo fueron posibles gracias a la obtención de la ayuda económica. Así, pasaron a pagar a la persona que se encargaba del transporte de los alimentos desde el lugar de acopio hasta el pueblo por los gastos que suponía, a la vez que tuvieron que constituirse en asociación. Finalmente, cuando se les preguntaba por otras tensiones que pudiesen condicionar la sostenibilidad de la iniciativa apuntaban fundamentalmente a la concentración de algunas tareas en alguna persona concreta que, por sus competencias, únicamente ella puede realizar esa tarea. Un hecho que guarda importantes similitudes con los relatos de desbordamiento que había supuesto para algunas personas la realización de tareas de coordinación en el momento del confinamiento estricto:

> P: ¿Y qué tensiones ves en la iniciativa y que creas que, de cara a pensar en el futuro, a pensar en su sostenibilidad pueden aparecer?
> R: Pues creo que puede surgir bastante cansancio con el tema del Programa Ardilla [programa para llevar la contabilidad y el reparto de las bolsas de alimento distribuidas] este que es un suplicio y es una labor que no se puede delegar en nadie, y ahí puede haber cansancio. Luego si somos capaces, ahora que ya somos asociación, de inventarnos cosas nuevas pues creo que tenemos un futuro glorioso, pero si nos quedamos en las cestas esto se acabará. (Pilar, Fresnecuida-Solidaridad Vecinal Organizada, Fresnedillas de la Oliva, Madrid, C344)

En conclusión, buena parte de las iniciativas surgidas a raíz de la pandemia han estado fuertemente vinculadas al momento de excepcionalidad en el que emergieron, sin perdurar en su actuación. Las que han perdurado, ha sido aquellas que han sabido o decidido reorientar sus fines y repensar sus formas de actuación.

6.7. CONCLUSIONES: LÍMITES Y POTENCIALIDADES DE LAS INICIATIVAS COMUNITARIAS FRENTE A LA COVID

A lo largo de estas páginas hemos trazado una panorámica descriptiva sobre la realidad de numerosas iniciativas comunitarias, tanto preexistentes como de nueva creación, que actuaron en un contexto de absoluta excepcionalidad a raíz del estado de alarma decretado en el marco de la pandemia. Dicho decreto, comportó el confinamiento de la población en sus domicilios y la imposición de fuertes medidas restrictivas para efectuar desplazamientos. Esta medida afectó particularmente a determinados colectivos, como personas mayores o con patologías concretas, que fueron calificadas como población en riesgo, a pesar de no constituir necesariamente una población en situación previa de dependencia. El miedo a salir de casa para abastecerse, y no disponer de recursos humanos ni materiales para satisfacer sus necesidades, ubicó a muchas personas en esta condición de dependencia sobrevenida. Todo

ello, convirtió a amplios sectores de la población en vulnerables, invisibles y dependientes de la generosidad y la solidaridad de su entorno comunitario próximo. Frente a esta realidad, emergieron múltiples iniciativas desde la sociedad civil que han contribuido a mitigar los efectos iniciales de la pandemia. Las respuestas comunitarias desarrollaron un papel activo de apoyo y soporte a los habitantes. Entre otras cosas, realizaron tareas relacionadas con la prevención y detección de contagios, la autogestión y articulación de recursos, el acompañamiento, así como la identificación y cobertura de necesidades, personas y colectivos en situación de riesgo y vulnerabilidad social.

Estos aspectos, desde nuestro punto de vista, se enmarcan en los cuidados y han sido cruciales para contrarrestar los efectos de la emergencia generada por la pandemia. Para aproximarnos a esta realidad, hemos partido de la propuesta que realiza Dolors COMAS-D'ARGEMIR (2020) de entender el cuidado más allá de la dependencia y pensarlo desde diversos ámbitos de la vida cotidiana, como la educación, la sanidad, la vivienda, el transporte o la protección social, dado que todos estos ámbitos contribuyen al mantenimiento de la vida, al desarrollo de las capacidades humanas y a la protección en caso de adversidad. Esta mirada comporta ver el cuidado como una forma de organización social (THELEN, 2015) y al conjunto de la sociedad como cuidadora, y es a partir de este marco contextual de fondo donde insertamos nuestra aproximación a la labor llevada a cabo por las iniciativas comunitarias desarrolladas durante el estado de alarma.

A la hora de abordar esta realidad hemos diferenciado tres dimensiones asociadas al cuidado (las dimensiones material, relacional y corporal), dado que cada una de ellas ha estado presente, aunque de forma muy desigual, en las iniciativas comunitarias.

Las actividades asociadas a la dimensión material han sido el principal objeto de acción de las iniciativas dirigidas al público en general, incluyendo aquí todas aquellas tareas de ayuda práctica relativas al aprovisionamiento y mantenimiento de las personas, salvo lo relacionado con el mantenimiento de la vivienda (de limpieza de los espacios, etc.), dado que para controlar al virus se recomendaba no realizar en ningún caso visitas domiciliarias. También, dentro de este ámbito podemos incluir la creación de instrumentos de protección frente al virus (como la confección de mascarillas). Por otro lado, observamos que las actividades asociadas a la dimensión material aparecen especialmente ligadas a las iniciativas surgidas de nueva creación, si bien también hay que señalar que buena parte de estas han acabado siendo las más efímeras y han dejado de operar tras el final del confinamiento estricto.

Una segunda dimensión del cuidado está relacionada con la dimensión relacional y el bienestar emocional de las personas. Aquí, integraríamos todas aquellas actividades relacionadas con el acompañamiento, sostenimiento, socialización y apoyo en momentos difíciles. Las iniciativas en las que este aspecto aparece presente de forma más nítida suelen orientarse exclusivamente a la población mayor, en la gran mayoría de ocasiones ya existían antes de la pandemia y suelen vincular esta dimensión con los objetivos de las actividades que llevan a cabo: acompañamiento, lucha contra la soledad no deseada, envejecimiento activo, etc. Este hecho, además, hace que en este tipo de iniciativas suela existir un discurso más reflexivo y elaborado que en las demás sobre la importancia del cuidado.

La dimensión relacional del cuidado tiene la particularidad de no constituir una dimensión excesivamente visible, tangible i cuantificable en términos económicos, lo que hace que en múltiples ocasiones no haya sido considerada fundamental para las políticas públicas. E incluso que algunas iniciativas no fuesen plenamente conscientes de la importancia que tenían algunas de las acciones que llevaban a cabo asociadas al acompañamiento para el bienestar emocional de las personas, hasta el punto de que estas acciones eran leídas como una forma de apoyo más que de cuidado. Sin embargo, las situaciones de aislamiento sobrevenido motivadas por la pandemia, han llevado a una mayor conciencia de la importancia de esta

dimensión del cuidado a la vez que han sido las iniciativas surgidas desde la sociedad civil ya preexistentes (por su cercanía para detectar problemas y su flexibilidad), las que mejor han sabido dar respuesta a esta necesidad. De la misma forma, con relación a esta dimensión hay que destacar el papel fundamental que ha jugado el uso de las nuevas tecnologías durante el confinamiento como herramienta que ha servido para paliar las situaciones de aislamiento sobrevenido.

Finalmente, una última dimensión identifica el cuidado con el cuidado corporal y físico, de manera que en el imaginario social lo corporal da sentido total al concepto de cuidado. Sin embargo, es precisamente esta última dimensión la que muy extrañamente se ha llevado a cabo desde las iniciativas comunitarias. El desconocimiento del virus y la enfermedad, la virulencia y vías de transmisión de la covid, las medidas de prevención y protección de contagios, así como las sensaciones y emociones compartidas de miedo e incertidumbre, excluyeron los cuidados de los cuerpos, de los hogares y de las actividades enmarcadas en los ámbitos socialmente considerados privados e íntimos y resueltos a través del trabajo familiar y profesional, y por entender que el cuidado en las situaciones más graves de dependencia (el cuidado en todo su sentido) ya estaba siendo cubierto desde las instituciones. Con todo ello, podemos destacar que las experiencias de cuidado comunitario que hemos analizado, han tenido durante la pandemia dos fronteras importantes: por un lado, la imposibilidad de acceder al espacio doméstico (salvo la Fundación 26D que dispone de un servicio de ayuda a domicilio) y, por otro, la exclusión por omisión, de aquellas actividades que tenían que ver con el cuerpo, como sucede con todo lo referente al cuidado de las personas dependientes. Este hecho contrasta con el importante papel que han desempeñado las iniciativas comunitarias en relación con aquellas cuestiones asociadas al cuidado material y relacional-emocional.

Por otro lado, las iniciativas comunitarias analizadas se caracterizan por una notable heterogeneidad, tanto en sus denominaciones (grupos de apoyo y cuidados, apoyo mutuo, solidaridad, activismos de barrio, redes vecinales, iniciativas ciudadanas, etc.), como por los perfiles de participantes, motivaciones, ideologías e implantación territorial que han tenido, lo que ha dificultado la posibilidad de establecer paralelismos en cuanto al impacto de la pandemia en las mismas. Así, la ubicación geográfica y la configuración territorial tienen una fuerte influencia en la forma y las características de las iniciativas comunitarias. En los entornos urbanos encontramos iniciativas con una configuración sociocultural más variada, y a menudo caracterizadas por tener una necesidad mayor de realizar tareas de organización, coordinación y movilización relacionadas. En estas iniciativas es donde se ha hecho más evidente la falta de coordinación con la Administración ante las situaciones generadas por el confinamiento, así como se ha mostrado la mejor capacidad de estas iniciativas para detectar necesidades concretas. Por su parte, los entornos rurales se caracterizan por la existencia de redes comunitarias más sólidas e informales, relaciones familiares, vecinales (más cercanas, menos anonimizadas y basadas en las relaciones de confianza) y otros espacios de socialización cotidiana, así como por la existencia de una construcción social del cuidado más feminizado. Todo ello hace que, en este contexto, las personas que han requerido de apoyo, ayuda y cuidados hayan obtenido generalmente respuesta mediante canales ya establecidos previamente, especialmente en el ámbito familiar y en las redes vecinales informales, y en las que el despliegue de nuevas iniciativas ha sido mucho menor.

A partir del análisis de los datos se observa cierta diferencia entre las iniciativas generadas a partir del impacto de la pandemia y aquellas previamente existentes. Así, en las de nueva creación es donde se aprecia de una forma más contundente que su constitución estuvo motivada por la ineficacia de Gobiernos y Administraciones públicas en un contexto de urgencia, para dar respuesta a los efectos de la pandemia y el confinamiento. Por su parte, en

las iniciativas previamente existentes hemos documentado, además de las acciones orientadas fundamentalmente al cuidado de personas mayores, un buen número de actuaciones que, si bien no tenían entre sus fines la provisión de cuidados, trataron de proporcionar respuestas comunitarias dirigidas a contrarrestar los efectos de la pandemia, ya sea a través de la realización de actividades que entendemos asociadas al cuidado, como proporcionando conocimientos previos sobre las características del barrio, las necesidades de la población o la identificación de grupos en situación de riesgo, vulnerabilidad y/o exclusión social, entre otros. No obstante, a partir de los datos recogidos podemos señalar cómo en términos generales la proliferación de iniciativas y su perdurabilidad en el tiempo está relacionada con la existencia de tejido y redes comunitarias previas. Así, en las iniciativas desarrolladas en territorios donde no existían movimientos sociales, vecinales, colectivos y políticos apreciamos mayores condiciones de inestabilidad, dificultades para organizar la ayuda, acceder a la población y sostenerse durante el avance de la pandemia. Por ello, gran parte de tales iniciativas han tenido un carácter espontáneo y se han ido desarticulado hasta disolverse conforme se iban desarrollando las fases de desescalada, ya sea porque las tareas que realizaban ya no tenían razón de ser según se abandonaba el confinamiento estricto, o porque no era posible mantenerlas. Al mismo tiempo, aquellas iniciativas que han perdurado en el tiempo, además de las ya existentes antes de la pandemia, han tenido que reorientar sus actividades y fines, muchas veces desde la asistencia personal hasta otras cuestiones relacionadas con la demanda o la reivindicación o bien orientadas a la promoción social.

Otro elemento relevante es el papel central de las tecnologías de la información y la comunicación, y los obstáculos derivados de las brechas digitales. De este modo, las personas entrevistadas nos han trasladado la relevancia de las tecnologías digitales (como servicios de mensajería instantánea, telefonía, plataformas de videoconferencias, redes sociales y aplicaciones de geolocalización, entre otras) en sus procesos de creación y/o reconfiguración, en la difusión de sus actividades, en las tareas desarrolladas y la coordinación de las mismas, en la comunicación y autoorganización entre sus integrantes y las personas necesitadas de tales apoyos, así como en la coordinación con otras iniciativas, asociaciones, organizaciones o entidades públicas. En este sentido, hemos asistido a una apropiación de las TIC por parte de las iniciativas comunitarias y una readaptación de la organización y relaciones en torno a las tecnologías digitales, forzada por las medidas de distanciamiento físico y social determinadas por la gestión política y sanitaria de la pandemia.

Las relaciones de las iniciativas comunitarias con la Administración, a diferentes niveles, se han caracterizado por la improvisación y la escasa coordinación, y por la existencia de límites poco definidos y porosos y a menudo, según numerosos testimonios, marcada por las reticencias y desconfianza por parte de las instituciones para colaborar con este tipo de iniciativas. Sobre esta cuestión, hemos recogido numerosos testimonios que contraponen la rápida capacidad de reacción de las iniciativas comunitarias, la flexibilidad y la creatividad que han desplegado para poder atender la multiplicidad de demandas generadas por la situación de emergencia en un contexto generalizado de incertidumbre, frente a cierta ineficacia y rigidez en la atención por parte de los servicios públicos en un contexto de desbordamiento de los servicios sociales. No obstante, las dificultades encontradas por muchas de las iniciativas para perdurar en el tiempo también nos hablan de sus límites en términos de sostenibilidad, así como del voluntarismo que las orientó en su creación en un contexto absolutamente extraordinario.

En conclusión, a lo largo de este capítulo hemos querido resaltar la importancia que han tenido las iniciativas comunitarias en la provisión de cuidados en el contexto de la pandemia, lo que nos lleva a destacar tres cuestiones: en primer lugar, su papel en la atención a personas mayores (autónomas) que fue considerada población de riesgo ante la covid, y cuyas

circunstancias (aislamiento, miedo a salir de casa, etc.) no fueron tenidas en cuenta por la Administración. En segundo lugar, constatamos la gran creatividad y variedad de actividades desempeñadas en el marco de la pandemia. Y, en tercer lugar, queremos destacar cómo estas iniciativas han jugado un papel especialmente destacado en los aspectos relacionales del cuidado, y han puesto de manifiesto la importancia de esta dimensión en el contexto de la pandemia.

Para finalizar, señalaremos que el ámbito comunitario no se reduce a la pura actividad de entidades o movimientos surgidos de la sociedad civil, que son los que han emergido durante la pandemia y que valía la pena recoger para mostrar el dinamismo de la sociedad. Lo comunitario va más allá de estas iniciativas, pues está conformado por el conjunto de instituciones, entidades, recursos y vínculos sociales articulados en los entornos de proximidad de las personas. El cuidado desde la comunidad lo hemos podido visualizar claramente en los contextos rurales, también durante la pandemia, y es lo que en los núcleos urbanos se encuentra fragmentado e incluso disuelto, aunque puede darse en algunos vecindarios, entidades y entornos sociales. Avanzar hacia la construcción de comunidades cuidadoras es un objetivo importante para un modelo de cuidados democrático y socialmente comprometido.

6.8. BIBLIOGRAFÍA

BOURDIEU, Pierre (2000): *Poder, derecho y clases sociales* (vol. 2), Bilbao, Desclée de Brouwer.

BLADES, África; CONCUSTELL, Ainhoa; DURAN, Ada; PÉREZ, Rebeca y PORTILLA, Flor (2020): "La solidaritat i el voluntarisme durant la crisi de la COVID-19", *Perifèria, revista de recerca i formació en Antropologia*, 25(2), 115-129.

CARRASCO, Cristina; BORDERÍAS, Cristina y TORNS, Teresa (2011): *El trabajo de cuidados. Historia, teoría y políticas*, Madrid, Los libros de la Catarata.

CASADO NEIRA, David (2003): "La teoría clásica del don y la donación de sangre", *Revista Internacional de Sociología*, 34:107-133.

COMAS-D'ARGEMIR, Dolors (2020): "Cuidados, derechos y justicia", en Mikel Aramburu y Sílvia Bofill-Poch (eds.), *Sentidos de la injusticia, sentidos de crisis: tensiones conceptuales y aproximaciones etnográficas*, Barcelona, Universitat de Barcelona.

CUCÓ, Josefa (2004): *Antropología urbana*, Barcelona, Ariel.

DICKINSON, Maggie (2020): "Food frights: COVID-10 and the specter of hunger", *Agriculture and Human Values*, 37:589–590.

ESTEBAN, Mari Luz (2017): "Los cuidados, un concepto central en la teoría feminista: aportaciones, riesgos y diálogos con la antropología", *Quaderns-e de l'Institut Català d'Antropologia*, 22, 2, 33-48.

FEDERICI, Silvia (2013): *Revolución en punto cero. Trabajo doméstico, reproducción y luchas feministas*, Madrid, Traficantes de Sueños.

FRASER, Nancy y HONNETH, Alex (2006): *¿Redistribución o reconocimiento?*, Madrid, Morata.

GARCÍA-GARCÍA, Sergio; SANZ ABAD, Jesús y UGENA-SANCHO, Sofía (2021): "Discursos y prácticas en experiencias de cuidado comunitario. Una perspectiva moral entre cuidados gaseosos, líquidos y sólidos", *Revista Española de Sociología*, 30, 2, a28, Enlace.

GONZÁLVEZ TORRALBO, Herminia; LUBE-GUIZARDI, Menara; RAMÍREZ, Alfonsina y CANO, Catalina (2019): "El club como trinchera. Una etnografía sobre cuidados comunitarios entre mujeres mayores en Independencia (Chile)", *Revista de Antropología Social*, 28, 1, 137-166.

GRAHAM, Hillary (1983): "Caring: a labour of love", en Janet FINCH y Dulcie GROVES (eds.), *A Labour of Love. Women, Work and Caring*, London, Routledge & Kegan Paul.

HERRERO, Yato (2013): "Miradas ecofeministas para transitar a un mundo justo y sostenible", *Revista de economía crítica*, 16, 278-307, Enlace.

KELLER GARGANTÉ, Christel (2017): "Grupos de crianza compartida: una alternativa comunitaria en la organización del cuidado en la primera infancia", *Quaderns-e de l'Institut Català d'Antropologia*, 22, 2, 167-182.

— y EZQUERRA SAMPER, Sandra (2021): "Viviendas colaborativas de personas mayores: democratizar el cuidado en la vejez", *Revista de Estudios Corporativos*, 137, e71867, Enlace.

KROPOTKIN, Piotr (2012): *Mutual aid: A factor of evolution*, New York, Courier Corporation.

MARTÍN PALOMO, María Teresa y DAMAMME, Aurélie (2020): "Cuidados, en la encrucijada de la investigación", *Cuadernos de Relaciones Laborales*, 38, 2, 205-216.

MARTÍN RONCERO, Unai y GONZÁLEZ-RÁBAGO, Yolanda (2020): "Soledad no deseada, salud y desigualdades sociales a lo largo del ciclo vital", *Gaceta Sanitaria*, 35, Enlace.

MARTÍNEZ-BUJÁN, Raquel (2019): "Cuidados con 'sentido común': desafíos, vacíos y contradicciones", *Journal of Regional Research*, 44, 2, 111-124.

MOGOLLÓN, Irati (2021): *Estrategias colectivas de sostenibilidad de la vida en tiempos de crisis*, Tesis doctoral, Universidad del País Vasco.

— y FERNÁNDEZ, Ana (2019): *Arquitecturas del cuidado. Hacia un envejecimiento activista*, Barcelona, Icaria editorial.

MOL, Annemarie; MOSER, Ingunn y POLS, Jeannette (2010): "Care: putting practice into theory", en Annemarie MOL; Ingunn MOSER y Jeannette POLS (eds.), *Care in practice: on tinkering in clinics, homes and farms*, Transcript Verlag, 7-25.

MONREAL BOSCH, Pilar y DEL VALLE GÓMEZ, Arantza (2010): "Las personas mayores como actores en la comunidad rural: innovación y empowerment", *Athenea Digital*, 17, 171-187.

OFFENHENDEN, María (2017): "Introducción. La antropología en los debates actuales sobre el cuidado", *Quaderns-e de l'Institut Català d'Antropologia*, 22, 2, 1-16.

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

— (2013) "La sostenibilidad de la vida en el centro... ¿y eso qué significa?", *IV Congreso de Economía Feminista*, Sevilla, Universidad Pablo Olavide, 1-32, Enlace.

PULEO, Alicia (2016): *Ecofeminismo para otro mundo posible*, Madrid, Grupo Anaya.

RAZAVI, Shahra (2007): *The political and social economy of care in and development context. Conceptual issues, research questions and policy options*, United Nations Research Institute for Social Development, Enlace.

RODRÍGUEZ-ALONSO, Nazaret y COMAS-D'ARGEMIR, Dolors (2017): "La construcción social del cuidado comunitario en La Muralleta, una cooperativa autogestionada para gente mayor", *Quaderns-e de l'Institut Català d'Antropologia*, 22, 2, 183-198, Enlace.

ROMERO-MARTÍN, Sandra y ESTEBAN-CARBONELL, Elisa (2020): "Iniciativas solidarias en tiempos de la Covid-19. Una aproximación desde Aragón", *Servicios Sociales y Política Social*, 37 (monográfico especial), 117-128.

THELEN, Tatiana (2015): "Care as social organization: creating, maintaining and dissolving significant relations", *Anthropological Theory*, 15, 4, 497-515.

TURNER, Victor (1988): *El proceso ritual. Estructura y antiestructura*, Madrid, Taurus.

VEGA-SOLÍS, Cristina y MARTÍNEZ-BUJÁN, Raquel (2017): "Explorando el lugar de lo comunitario en los estudios de género sobre sostenibilidad, reproducción y cuidados", *Quaderns-e de l'Institut Català d'Antropologia*, 22, 2, 65-81.

VEGA-SOLÍS, Cristina; MARTÍNEZ-BUJÁN, Raquel y PAREDES-CHAUCA, Myriam (2018): *Experiencias y vínculos cooperativos en el sostenimiento de la vida en América Latina y el sur de Europa*, Madrid, Traficantes de Sueños.

WAERNESS, Kari (1987): "A feminist perspective on the new ideology of 'community care' for the elderly", *Acta Sociologica*, 30, 2, 133-150.

WHITTAKER, Joshua; MCLENNAN, Blythe y HANDMER, John (2015): "A review of informal volunteerism in emergencies and disasters: definition, opportunities and challenges", *International Journal of Disaster Risk Reduction*, 13, 358-368.

Capítulo 7
Hacia un modelo alternativo de cuidados

Autoras (coordinadoras)

Dolors Comas-d'Argemir
Raquel Martínez-Buján

Colaboradoras/es[1]

Xabier Ballesteros Olazábal
Tomasa Báñez
Yolanda Bodoque
Sílvia Bofill-Poch
Marcela Jabbaz
Angelina Kussy
Matxalen Legarreta
Paloma Moré
Carmina Puig
Mireia Roca
Marina Sagastizábal

[1] Las entrevistas para este apartado han sido realizadas por Patricia Almaguer, Xabier Ballesteros Olazábal, Tomasa Báñez, Cristina Barrial, Yolanda Bodoque, Sílvia Bofill-Poch, Dolors Comas-d'Argemir, Cristina García, Paula González, Ana Lucía Hernández, Marcela Jabbaz, Matxalen Legarreta, Raúl Márquez, Raquel Martínez-Buján, Diana Mata, Paloma Moré, María Offenhenden, Carmina Puig, Mireia Roca, Juan A. Rodríguez del Pino, Marina Sagastizábal, Montserrat Soronellas, Ramona Tigell y Ramona Torrens.

ÍNDICE

CONTENIDO

7.1. Introducción. Hacia un cambio en el modelo de cuidados 549
7.2. Primero, las personas 551
7.3. Envejecer en el entorno 554
7.4. Dignificar el trabajo del sector de los cuidados 557
7.5. Reformas del modelo público actual 561
7.6. Sociedades cuidadoras, ciudades cuidadoras 564
7.7. Bibliografía 569

Capítulo 7

Hacia un modelo alternativo de cuidados

7.1. INTRODUCCIÓN. HACIA UN CAMBIO EN EL MODELO DE CUIDADOS

El coronavirus ha hecho visible el papel central de los cuidados en el sostenimiento de la vida, y lo ha hecho evidenciando y magnificando un problema ya existente previamente: nuestros déficits sociales para atender a las personas dependientes y vulnerables. Numerosos artículos académicos nos venían avisando desde hace años de que padecíamos una crisis de los cuidados (BENERÍA, 2008; PÉREZ-OROZCO, 2006), que con la pandemia ha mostrado inexorablemente su magnitud. Es una crisis con relación a la atención a las situaciones de dependencia, pero es una crisis que nos sitúa además en un contexto económico y social en que prima el individualismo y la competitividad, y donde el cuidado no tiene reconocimiento. ¿Cómo resolvemos esta doble crisis: la relacionada con el déficit en el modelo de cuidados y la relacionada con una sociedad que no da valor a cuidar?

Estamos ante una situación que requiere innovar y apostar por un sistema de cuidados que cubra las necesidades de las personas en situación de dependencia por razones de edad o discapacidad. Necesitamos un sistema de cuidados que garantice la dignidad de las personas que cuidan y de las personas cuidadas, que se ve vulnerada por las ineficiencias del sistema actual, basado, además, en injusticias de género y en injusticias sociales. Pensemos en cómo nos gustaría a nosotras mismas ser cuidadas en caso de necesitarlo y seguramente encontraremos las pistas para repensar este modelo. Las actuales generaciones que llegan a la vejez reclaman autonomía y agencia, que el actual sistema de cuidados no aporta. También las personas con discapacidad demandan tener una vida independiente. Por ello ha de haber cambios, que se puedan aprovechar los recursos ya existentes, desde luego, pero que abran el foco hacia nuevas posibilidades y más recursos y que tengan en cuenta la perspectiva de género. Nos inquieta que este tema, después de todo lo que ha sucedido, no tenga prioridad en la agenda política, ni en la del Gobierno español, ni en la de los Gobiernos autonómicos[1]. Constatamos un descuido político inexplicable. Las voluntades políticas expresadas se ejecutan de forma insoportablemente lenta, no se está dando respuesta a problemas urgentes que requieren respuestas urgentes: familias sobrecargadas con un fuerte sentimiento de abandono institucional; trabajadoras precarizadas que más de un año después de estallar la pandemia y tras haber afrontado con máxima profesionalidad los peores momentos de la crisis, no perciben absolutamente ninguna mejora, ningún tipo de reconocimiento. Sorprende la falta de reacción política cuando las propias directoras y gestoras de servicios de cuidado, y también las trabajadoras, están reclamando cambios en un modelo que no se adecua a las necesidades de las personas.

En este capítulo abordamos, a modo de conclusiones de nuestra investigación, los principales ejes de una alternativa al modelo de cuidados actual. Consideramos urgente anticiparnos para dar una respuesta con perspectiva de género a la salida de la crisis, considerando los efectos que ya está teniendo sobre un sector laboral, el de los cuidados, altamente feminizado, precarizado y, en algunos casos, débilmente regulado, y evitar así profundizar en la brecha de género. No efectuaremos una catarata de propuestas puntuales que, por otro lado, se están realizando abundantemente desde el ámbito académico y el de la intervención social. Presentaremos más bien los criterios que, aplicando la perspectiva de género, han de guiar

[1] En la entrevista hecha recientemente a Pedro Sánchez (*El País*, 5 de septiembre de 2021), en que se tratan los principales retos de este momento, no se menciona la atención a mayores y dependientes. Tampoco esta cuestión apareció como prioridad en los acuerdos para la formación de Gobierno en Cataluña (mayo de 2021).

este cambio de modelo, sin pretender ni la exhaustividad ni las recetas milagrosas. Entendemos que a partir de estos principios se han de generar los debates y decisiones a quienes corresponde hacerlo. Proponemos que esto se haga a partir del sistema dialógico de intervención (MARTÍNEZ-HERNÁEZ, 2010), que no solo tiene en cuenta las estrategias de conocimiento situadas en posiciones de jerarquía, sino también la experiencia y saberes de la cotidianeidad, en este caso de quienes ejercen el cuidado en el día a día.

Para este apartado hemos entrevistado a personas del ámbito académico y profesional (14), de la Administración (7), de la política (18), de organizaciones patronales (2), de sindicatos (10), de asociaciones (15) y de movimientos sociales (10), lo que suponen un total de 76 entrevistas, a las que hemos de añadir 6 más, que participaron en los talleres que organizamos y que no habían sido entrevistadas previamente[2]. Los talleres fueron cinco, en los que dos personas expertas dialogaban en torno al tema planteado en cada taller (cuidados en el entorno, estrategias de participación, tensiones entre lo público y lo comunitario, Ley de Dependencia y ciudades cuidadoras). En el Anexo 1 puede encontrarse la relación de todas las personas que entrevistamos (Tabla A.1.8) y de las participantes en los talleres (Tabla A.1.17). Nuestras propuestas proceden además de la escucha y análisis del total de entrevistas y de los grupos focales realizados para esta investigación. Tenemos así la perspectiva de quienes nos han transmitido sus experiencias directas en los cuidados y que hemos intentado incorporar en nuestras reflexiones, ya que reconocemos y damos valor a sus saberes y conocimientos.

Hemos definido cinco dimensiones básicas, que iremos presentando en los distintos apartados de este texto: 1) Primero las personas. Implica reconocer el derecho a decidir de quien requiere cuidados o ayuda. Supone reconocer la diversidad de las personas mayores y de las personas con discapacidad y también su agencia, no tratarles con paternalismo ni infantilismo y entender que son ciudadanos y ciudadanas con derechos y deberes. Los cuidados y apoyo han de ser personalizados, lo que se sintetiza en la idea de la atención centrada en la persona. 2) Envejecer en el entorno. Hay que salir de la dicotomía de que hay que envejecer en el hogar o en una residencia, y hay que incorporar la mirada comunitaria por encima de la institucional. Se trata de poder contar con los servicios sociales y sanitarios del territorio, que han de estar integrados y coordinados, y con el acceso a los equipamientos, actividades y redes sociales que permitan la participación social y eviten la soledad no deseada. 3) Dignificar el trabajo del sector de los cuidados. Las cuidadoras han de tener una buena formación, que otorgue competencias no solo en técnicas para cuidar, sino también en actitudes relacionales y en lo que implica aplicar la atención centrada en la persona. Y, por supuesto, una mejora en salarios y condiciones laborales. 4) Reformas del modelo público actual. La reforma anunciada de la *Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia* (LAPAD) ha de afrontar las contradicciones generadas por el sistema actual, asentado en la mercantilización de los cuidados en el servicio doméstico, en la deficiente articulación con el sistema sanitario y en la fragilidad de las políticas públicas. 5) Sociedades cuidadoras, ciudades cuidadoras. Se trata de situar la vida cotidiana y la perspectiva de los cuidados como eje de las decisiones políticas. El objetivo es el de proporcionan bienestar a la ciudadanía al disponer de infraestructuras de apoyo a la vida cotidiana, de entornos públicos seguros, de unos servicios amigables y de unos patrones de movilidad accesibles.

[2] Hay personas que están en dos ámbitos (el sindical, por ejemplo, y el asociativo). En este caso hemos optado por uno de los ámbitos en que participan.

7.2. PRIMERO, LAS PERSONAS

Los recursos públicos de cuidados de larga duración deben orientarse a reconocer tanto la diversidad de personas mayores y dependientes y de personas con discapacidad como su agencia en la toma de decisiones. El apoyo y la cobertura a sus necesidades sociales, físicas y emocionales pueden configurarse de forma personalizada haciendo real el principio de atención centrada en la persona. Esto significa que los servicios sociales y las prestaciones públicas deben adaptarse a las necesidades de las personas usuarias. De esta manera, la ciudadanía podría posicionarse en el centro del modelo público de atención evitando actitudes consumidoras de los recursos y fomentando su participación activa.

El principio de la libertad de elección de cómo ser cuidado debería ser la máxima a partir de la cual se guíen los diferentes programas de apoyo a los cuidados de larga duración. Sin embargo, la incorporación de este criterio tendría que producirse teniendo en cuenta las desigualdades de género, clase social y extranjería que atraviesan la provisión de los cuidados. De esta manera, este modelo debe tener en cuenta:

1. La fragilidad física y vulnerabilidad social de las personas dependientes para acceder a los recursos de forma que no existan personas que se queden sin ningún servicio de cuidado. Estos tienen que configurarse acorde a las necesidades personales y a las posibilidades públicas que oferta el entorno. Eso significa poner a disposición de las personas los recursos públicos para planificar su proceso de envejecimiento evitando las posibles inequidades económicas y sociales.
2. El riesgo de que sean las mujeres (sobre todo de determinadas generaciones) las que sigan realizando las tareas de cuidados no remunerados en el interior de las familias y toda la intensidad de la asistencia recaiga sobre ellas, siendo imprescindible que la inversión pública se produzca en más servicios que tiendan hacia la profesionalización y eviten la familiarización.
3. La precariedad existente en el trabajo de cuidados remunerados. Tanto si se desempeña en centros institucionalizados como si se es trabajadora del servicio de ayuda a domicilio (SAD) o si se es contratada en calidad de cuidadora privada, las condiciones laborales de estas trabajadoras/es se caracterizan por los bajos salarios, las intensas jornadas laborales, las rotaciones y la inseguridad en el empleo.

Hacer efectiva la atención centrada a la persona en el modelo de cuidados supone afrontar, por tanto, la encrucijada de derechos que se dibuja en torno a los cuidados: derecho a decidir cómo ser cuidado, derecho a no cuidar y derecho a un trabajo de cuidados digno (MORENO-COLOM, 2019). Estas cuestiones condicionan los cánones sobre los que transita la política de libre elección de las personas dependientes ya que esa libertad tiene claras consecuencias tanto en los servicios públicos que podrían potenciarse como en las condiciones laborales de las trabajadoras de cuidados.

> Hay que darle la vuelta a esta confrontación de derechos y trabajar para ponernos todas y todos en el mismo bando. (…) Tiene que haber un proceso de construcción de alianzas de lo que pueden ser colectivos aparentemente opuestos que en el tablero de juego terminan ubicándose, y acaban teniendo la voluntad de ubicarse con el mismo bando. La construcción de alianzas, pero de alianzas reales, de tejer red, de tejer relaciones. (Sandra Ezquerra, C224*)

En este sentido, se hace imprescindible socializar el cuidado para que deje de convertirse en un aspecto que debe ser resuelto de manera individual y avanzar hacia una interdependencia, asumiendo que todas las personas vamos a necesitar cuidados y ser proveedores de los mismos a lo largo de nuestra trayectoria vital. Eso supone reconstruir la noción de libertad de

elección y de compromiso teniendo en cuenta que la libertad se construye en su devenir colectivo.

> Una idea muy potente en este sentido es la del derecho colectivo al cuidado. Es primero un derecho que desborda por mucho el derecho a recibir cuidados en situación de dependencia. No es la Ley de Dependencia ni en su visión mejor; es un derecho a recibir, no solo en una situación de dependencia, sino en distintos ciclos vitales. Es un derecho a dar, un derecho a decidir si estamos en condiciones dignas de dar. Si deseas no dar, no dar. Es un derecho que combina la doble dimensión que tenemos todas las personas de receptoras y proveedoras de cuidados, que nunca se nos debe situar en una situación estática y aislada donde solo recibes o solo das. Es esta doble dimensión de dar y recibir, pero ¿elegir hasta dónde? 'Si tu derecho a no dar es que te lo tengo que dar yo por ti, me río yo de tu derecho', decía una. Ahí está el planteamiento de que sería una noción de derecho que obliga a reconstruir también la idea de libertad y compromiso. ¿Qué es ser libre?, ¿hacer lo que me dé la gana?, ¿ser libre asumiendo un compromiso en la comunidad de la que formo parte? Hay que reconstruir las nociones de libertad y compromiso. Por eso también hablábamos de derecho colectivo, que esto no es algo que pueda pensar cada quien, por su cuenta, sino de reconstruir el tejido común y ese derecho multidimensional. (Amaia Pérez-Orozco, C335)

Existe una clara predilección en torno al deseo de envejecer en casa y con la familia. El 53,7% de las personas mayores indican su preferencia de vivir con alguien de la familia en caso de necesitar cuidados diarios y el 20,6% apuntan a la conveniencia de vivir con una cuidadora remunerada en caso de requerir apoyo para las actividades diarias (CIS, 3009/2014)[3]. Es decir, existe una clara preferencia por el cuidado en el hogar, realizado por miembros de la familia o, en su caso, por la contratación de una trabajadora de cuidados. En este sentido, la atención centrada en la persona debería configurarse para superar algunas resistencias que se desprenden de determinados imaginarios sociales sobre los cuidados y que, en ocasiones, son compartidos de manera colectiva. El hogar y la familia parecen espacios adecuados para envejecer y ser cuidados, pero, como hemos apuntado, son lugares en los que se producen enormes desigualdades sobre su provisión y distribución; además, las diferencias sociales y económicas no siempre garantizan la adecuación de los mismos o no siempre existen personas disponibles en el entorno que puedan acompañar la realización de estas tareas (LEBRUSÁN, 2017).

> La casa, la propiedad… yo decido lo que quiero en mi casa, y si salgo de casa ya no puedo decidir, ¿no? Podríamos hacer el símil con la educación y, en su mayoría, la población no cuestiona que los centros educativos son buenos. En cambio, sí que cuestionamos que los centros de atención y cuidados a personas dependientes puedan dar la misma calidad del servicio. Como se acaba naturalizando, ¿no? Bueno, 'el amor y el cariño en que yo lo hago, pues no es lo mismo'. (…) Si entendemos que el trabajo de cuidado tiene la doble dimensión de trabajo y la parte más afectiva, emocional, lo que yo creo es que desde un punto de vista de la Administración, el modelo de gestión público debe cubrir la parte de las tareas que supone un trabajo, que es la más básica: la higiene, la alimentación, la medicalización y todo lo que haga referencia a poder contribuir a frenar los procesos degenerativos o para recuperar la movilidad, o lo que sea en cada caso. Y la parte afectiva emocional del cuidado, cuando está cubierto el trabajo, se entiende que corresponde al entorno familiar y social, que es quien realmente conoce a la persona y que es quien la persona quiere que lo haga. Cuando la familia asume el trabajo, el desgaste es tanto que ya no puede hacer bien la parte afectiva y emocional. Yo creo que aparte de hablar de este paradigma de una atención centrada en la persona, también es importante hacer esta reflexión, de plantear que el modelo público de la atención centrada en la persona debe ser un modelo que cubre la parte de cuidado, y que prevé o contempla la posibilidad de que la parte afectiva emocional la cubra el entorno sociofamiliar de la persona cuidada. (Sara Moreno, C229*)

[3] Datos del CENTRO DE INVESTIGACIONES SOCIOLÓGICAS (CIS) (2014). Encuesta cuidados a personas dependientes nº 3009.

Aunque esta filosofía de los cuidados centrados en la persona ya se encuentra incluida en el sistema público de cuidados de larga duración, la gestión de los servicios sociales está afrontando desafíos que impiden el cumplimiento de este criterio. El envejecimiento de la población, los cambios en la organización de los cuidados en las familias y los deseos de las personas cuidadas son algunos de ellos (MARTÍNEZ-VIRTO y HERMOSO, 2021). De esta manera, los tradicionales recursos de cuidado y apoyo como el SAD, la asistencia personal, los centros de día, las residencias y las prestaciones económicas, muestran considerables limitaciones que no hacen posible su adaptación e integración hacia las necesidades sociales personalizadas de las personas cuidadas. La pandemia de la covid ha puesto en evidencia la necesidad de repensarlos y de configurarlos acorde a las nuevas realidades sociales, económicas y demográficas. ¿Cómo orientar el sistema público para superar estas barreras? Detectamos la necesidad de modificar estos recursos de la siguiente manera:

1. Superar el modelo de atención generalista que no ha logrado desarrollar una atención en el entorno adaptada a las necesidades de la población y a sus deseos de cómo ser cuidado.

> Precisamente el cambio de modelo es en esta dirección, en unos cuidados más centrados en la persona, más centrados en la especificidad, en la particularidad de los individuos, en las necesidades específicas de cada una de las personas, en que los cuidados que se provean no sean iguales y sistemáticos para todos. Es decir, en eliminar este modelo de cadena de montaje de cuidados para las personas mayores con el que este país ha operado en las últimas décadas. (Nacho Álvarez, C318)

2. Potenciar los recursos públicos orientados a la prevención de manera que estén dirigidos a todo el proceso de envejecimiento y no únicamente a las situaciones de dependencia más graves.
3. Modificar el sistema de asignación de recursos en la LAPAD. Frente a la otorgación de recursos más económicos para la administración (como las transferencias monetarias) o aquellos en los que la lista de espera es menor, es preciso priorizar las necesidades asistenciales teniendo en cuenta las posibilidades que ofrece el entorno en el que habita la persona.
4. Adecuar el sistema público de cuidado a las necesidades emergentes, esto es, adaptar la atención social a las necesidades cambiantes de la población y de las personas a medida que avanza el proceso de envejecimiento. La burocratización y rigidez de los servicios otorgados impide acceder a necesidades localizadas como los cuidados paliativos, de larga duración y aislamiento social que exigen mayor intensidad, flexibilidad y personalización en la atención.

> Intentar que las personas puedan estar en su hogar el máximo tiempo posible. Esto debe ir vinculado de manera automática a una cartera de servicios potente que nos asegure que están en una situación de bienestar físico, alimentario, de salud, pero también de compañía para evitar las situaciones de soledad no deseada. Y que cuando, por voluntad propia o porque ya no puede, tenga que dejar de vivir en su propio hogar, que haya diferentes alternativas también de vivir en comunidad, que no solo pasen por las residencias, sino que pasen por otros modelos que se vinculen a servicios de día y servicios de atención nocturna. (Sònia Guerra, C154*)

5. Dar apoyo a las cuidadoras familiares. Los recursos públicos y comunitarios que proveen cuidados en el hogar deben solventar las necesidades de cuidados y no basarse en el sacrificio y esfuerzo del trabajo no remunerado. Por ello la atención social debe garantizar que las cuidadoras familiares puedan combinar con flexibilidad los diferentes recursos públicos sin verse perjudicadas en sus actividades laborales y sociales. Y hay que destacar

que también las cuidadoras merecen ser cuidadas (EUROPEAN INSTITUTE FOR GENDER EQUALITY [EIGE], 2020: 37).

7.3. ENVEJECER EN EL ENTORNO

La atención centrada en la persona requiere asimismo estar orientada a unos cuidados en el entorno. Esto es, incorporar una mirada comunitaria en la provisión que transcienda a las actuales estrategias institucionales. Se trata de contar con los servicios sociales y sanitarios del territorio, que han de estar integrados y coordinados, y con el acceso a los equipamientos, actividades y redes sociales que permitan la participación social y eviten la soledad no deseada. En este sentido, las políticas habitacionales han de considerar la reconversión y la adaptación de las viviendas existentes y potenciar nuevas formas de habitar hoy minoritarias (viviendas colaborativas, viviendas dotacionales…). Hasta el momento, las alternativas más innovadoras han buscado la conexión entre las perspectivas de atención y cuidado con formatos centrados en la proximidad, la atención domiciliaria y el reconocimiento de la especificidad de cada persona, pero sin incidir en otros temas claves como la vivienda y/o el entorno físico cotidiano. Ello exige la conversión del sistema público, muy centrado hasta ahora en la atención médico-farmacéutica, hacia dinámicas más sociosanitarias (SUBIRATS, 2016).

Se constata así una limitada conexión entre la atención pública y el entorno comunitario. Si bien el conjunto de servicios ofertados trata de cuidar en el entorno más cercano, presentan dificultades en su articulación comunitaria. Por ejemplo, la atención diurna se presta en centros y la atención domiciliaria en el hogar, presentando ambos recursos una escasa relación entre el cuidado prestado y el entorno de convivencia. En este sentido, resulta clave la incorporación de alianzas comunitarias que refuercen la relación con el medio (PINZÓN *et al.*, 2016). Se considera relevante la propuesta de incluir a un/a gestor/a de casos, una figura profesional del sistema público que sea capaz de coordinar los servicios y apoyos que tienen las personas usuarias y que pueda establecer vínculos entre las familias y la Administración aconsejando cuáles son los recursos disponibles en el entorno según las preferencias de las personas mayores.

> La idea es que los servicios sociales hagan el papel de gestión de los casos, que implica la gestión y la coordinación de todas las atenciones que la persona necesita. Esto es lo que cambia realmente el modelo. Se necesita para ello un cambio actitudinal también. Significa que yo voy a tener presente qué formación tiene la persona que trabaja en tu casa y si está en situación de legalidad, pues eso repercute tanto en la salud de la persona que requiere cuidados como en la de la persona que cuida. La gestión de los casos es una figura que tendría que incorporarse. Es una figura que desde el trabajo social se estudia pero que no se practica tanto. Este perfil hay que trabajarlo mucho hasta que las trabajadoras se identifiquen con ese rol de coordinarlo todo, sobre todo, ese rol de salir del despacho, de ir a la casa de las personas, de realizar los planes de atención y vida donde tienen que estar presentes al menos la cuidadora principal y la persona usuaria. Esto genera una implicación de todos los que están ahí y visibilizar el equipo de servicios que están a disposición (…). Esto es lo que hemos realizado en Etxean Ondo con buenos resultados en la reducción de ingresos en residencias. (Mayte Sancho, C215)

Este nuevo perfil profesional tiene la ventaja de vincularse a los servicios sociales, que tienen una extensa implantación en el territorio. Está en consonancia también con la creación de nuevas fórmulas de gestión de los recursos públicos y de participación activa tanto de las trabajadoras/es de cuidados, la población usuaria y la sociedad civil en su implementación. Desde la academia ya se han introducido algunos conceptos que integran estas nociones tales como *welfare of the common* (VERCELLONE, 2015) o *commonfare* (FUMAGALLI y LUCARELLI, 2015),

utilizados para definir sistemas sostenibles de bienestar capaces de satisfacer las necesidades de las personas a través de fórmulas colaborativas que incentivan herramientas de participación y prácticas de cuidados solidarias entre la ciudadanía. Se constatan experiencias relevantes en este sentido que han surgido entre algunos grupos sociales después de la Gran Recesión. Es en ese momento cuando se comenzaron a ensayar fórmulas reales de autogestión que se articularon en torno a valores colectivos y que han trascendido a las habituales opciones institucionalizadas (MARTÍNEZ-BUJÁN y VEGA-SOLÍS, 2021). Estas iniciativas han sido especialmente relevantes en el ámbito de los cuidados como es el caso de las viviendas colaborativas de mayores (*co-housing*) (ARTIAGA, 2021). Todas ellas pueden considerarse como una reactivación de la esfera de la comunidad en la provisión de cuidados o bien una nueva manera de concebir algunos servicios sociales, como es el caso de las residencias gerontológicas. En este sentido, se han desarrollado iniciativas que, en connivencia con la Administración, han fomentado la creación de modelos de convivencia más pequeños en las residencias que reviertan las lógicas de protocolo que rigen la institucionalización de los cuidados.

> La idea es hacer un modelo de unidad de convivencia. Esto puede hacerse con las residencias para hacerlas más humanas, vivibles y de mejor calidad. No es de buena calidad porque ordenamos la vida de las personas conforme a nuestros intereses para estructurar una serie de tareas productivas. Este modelo organizacional es un modelo transmisor de virus tal y como hemos visto. Replica un entorno doméstico con un grupo de personas de entre 8 y 12 máximo que tiene un grupo profesional estable que no rotan y que las cuidadoras son siempre los mismos y que tienen una coordinadora de residencia. Que tienen una cocinita y un lugar para comer y que su espacio de vida tiene 30m^2 y que tiene un espacio de intimidad que la persona amuebla a sus gustos y la vida de esa persona se organiza en torno a ella y sus preferencias. Y aquí es esencial la participación de las familias que eso siempre genera mucha integración. (Mayte Sancho, C215)

También se han puesto en marcha distintas experiencias cooperativas animadas por las Administraciones públicas, sobre todo las de carácter local, alrededor de cuestiones básicas como salud y provisión de cuidados. Es ahí donde destacamos iniciativas en Barcelona como el programa Radars para paliar la soledad no deseada (MORENO-COLOM, 2018) o las Superilles Socials (Supermanzanas Sociales), iniciativa que tiene como objetivo la autogestión del SAD por parte de sus propias trabajadoras (MORENO-COLOM, 2021).

> Ahora estamos trabajando el concepto de residencia distribuida. La gente ha de tener la sensación y la calidad de servicio similar a la que tendría en una residencia y decir: 'oye, yo si necesito que alguien venga y que me dé una atención en las diferentes franjas del día pues sé que vendrá, pero estando en casa'. Esta es la idea base de la Supermanzana Social, del desarrollo de lo que estamos haciendo en Barcelona. Tenemos espacios en Barcelona donde tenemos más de 800 o 1.000 personas usuarias del SAD por km^2. Tenemos un montón de usuarios cerca unos de oros. Imaginaros la sala de control de una residencia que estás a 5 minutos de cada habitación, solo que, en vez de ser una residencia, son los edificios de estas personas los que están en un radio de 5 minutos. Esto lo tenemos comprobado, el tiempo de 5 minutos es el promedio de desplazamiento a cada domicilio. Cuando te planteas que hay esta distancia de 5 minutos entre un usuario y otro, ya no tienes que dar 2 horas seguidas de servicio. Puedes dar media hora por la mañana, media hora al mediodía y media hora por la tarde. Y hay servicios adicionales de las residencias que también se pueden dar externamente, como es el caso de la enfermería. (Lluis Torrens, C145*)

Este cuidado en lo comunitario "más que un concepto normativo de partida, se plantea bajo una comprensión amplia que incluye experiencias de cooperación. Se trata de prácticas muy heterogéneas cuyos confines no siempre son claros; a veces remiten a procesos autogestivos basados en la afinidad y la elección, mientras que en otras ocasiones se entrelazan con servicios del Estado y de organizaciones particulares. Más que un recorte preciso como algo

absolutamente diferenciado con respecto a otros ámbitos (familias, Estado y mercado) lo comunitario se organiza en procesos híbridos en los que se toca con instancias públicas, economías monetarias o relaciones de parentesco" (VEGA-SOLÍS *et al.*, 2018: 24).

Se constata una creciente conciencia de que las leyes de dependencia de corte individual y de cobertura restringida no son capaces de responder a todas las necesidades de cuidados. La pandemia de la covid ha demostrado tanto la necesidad de la interdependencia humana para la sostenibilidad de la vida (CARRASCO, 2016) como la emergencia de la comunidad en contextos de crisis, visualizándose una vez más el agotamiento de los servicios sociales convencionales para dar resupuesta a los nuevos riesgos sociales (surgidos de los cambios sociales y económicos de las últimas décadas: precariado, envejecimiento, conciliación laboral y familiar, cuidado social) (ARRIETA *et al.*, 2018) y los límites de los programas públicos para responder con dinamismo a las necesidades sociales (cuidados paliativos y soledad no deseada, entre otras). De hecho, los modelos de intervención dominantes de corte individual están siendo cuestionados por su incapacidad para dar respuesta a los problemas sociales emergentes y crece el interés por métodos y prácticas de corte comunitario (KARAGKOUNIS, 2019). Su reorientación se está produciendo de diferentes formas, ya sea incorporando fórmulas comunitarias de intervención, métodos de investigación-acción comunitaria (SUÁREZ-BALCAZAR, 2020) o modelos emergentes como la co-creación (OSBORNE, 2018; RICCÒ *et al.*, 2021), desde los que está creciendo una relevante literatura para su desarrollo en el ámbito del envejecimiento (ZÚÑIGA, 2020).

El contexto actual parece haber puesto aún más de manifiesto la importancia que la participación en la vida social y comunitaria tiene para posibilitar los cuidados de larga duración en el entorno de la vida cotidiana. Además, estudios recientes nos alertan de que la pandemia parece estar teniendo un impacto negativo en lo que a edadismo y percepción social de la vejez se refiere (EHNI y WAHL, 2020), además de estar generando o acrecentando la tensión intergeneracional (MEISNER, 2020). La participación comunitaria se presenta aquí, una vez más como un elemento fundamental no solo para la mejora de la calidad de vida, sino para la cohesión social. La comunidad y lo común, emergen como una vía para la provisión de bienestar y cuidados.

Es necesario, por tanto, tener en cuenta el potencial que estas redes y dinámicas tienen para continuar realizando esta labor en un escenario postcrisis y articularse como una esfera de provisión del cuidado que podría fomentarse desde las administraciones públicas. Optimizar esta función, pasará necesariamente por tejer este ámbito con el resto de las esferas que proporcionan atención y en asignarle un rol bien definido dentro del modelo de cuidados de larga duración. Esto requerirá investigación y desarrollo en este ámbito, ya que implica enfrentar ciertos debates y dificultades, como son la consideración o no de la comunidad como derecho, el establecimiento de mecanismos que aseguren un estándar de seguridad y calidad mínimo en la provisión, así como la generación de espacios desde los que se posibilite su interrelación con el resto de las esferas que participan en la provisión de cuidados y bienestar.

En todo caso, seguir reflexionando sobre qué entendemos por comunitario y su capacidad de actuación es ya un lugar imprescindible desde el cual cuestionarnos todo el modelo de cuidados imperante. Envejecer en el entorno es una máxima que llama a ampliar el concepto de lo público ya que su objetivo es garantizar la satisfacción colectiva y desmercantilizada de necesidades. Ahora bien, la aplicación de una gestión participativa en los bienes públicos y sus servicios requiere de una profunda reflexión que también cuestione la naturaleza y el significado de sus propios conceptos. La búsqueda de una relación equitativa entre lo público y lo común que no suponga un detraimiento de la inversión estatal ni que delegue en organizaciones comunitarias la totalidad de su gestión es un riesgo que ya se ha planteado (ZUBERO, 2017). Además, es preciso clarificar a qué ámbitos de lo público y de lo social se están

refiriendo. Debates previos advierten del riesgo de que el concepto "común" pueda considerarse como una fórmula para delegar la prestación de servicios públicos (especialmente en el terreno de la protección social) a entidades del Tercer Sector y empresas sociales. Ésa fue la intención de la *Big Society* propuesta por David Cameron en Reino Unido cuando se menciona la intención de fomentar la participación de la ciudadanía para construir una gran sociedad donde el poder sea entregado al pueblo desde la política (BACON *et al.*, 2013).

> Digamos que apela, que interpela, al Estado y las fórmulas que está adquiriendo en la actualidad. Es decir, un llamamiento a lo público para que se amplíe y que vaya en una dirección contraria a la que está yendo en la actualidad. Ahora mismo está hacia el mercado con fines de lucro y hacia la refamiliarización y eso se está observando en la actualidad con mucha claridad, sobre todo tras la covid-19, crisis que por cierto también ha visualizado estas tendencias. Y esto se ve en los servicios públicos que se están ofreciendo y en el continuum de paradojas a las que estamos sometidas por este proceso. Entre esas paradojas está precisamente que mercantiliza, que familiariza y que, encima, en ocasiones expulsa del propio sistema del bienestar a las mujeres y las cuidadoras domésticas que están alejadas de este sistema. (Amaia Pérez-Orozco, C319)

7.4. DIGNIFICAR EL TRABAJO DEL SECTOR DE LOS CUIDADOS

Mejorar las condiciones laborales de las trabajadoras/es es indispensable para asegurar la calidad del cuidado. No estamos tratando de un sector laboral homogéneo, pues no es lo mismo trabajar en una residencia, en un SAD o ser trabajadora de hogar y cuidados (MARTÍNEZ-BUJÁN, 2011; MORÉ, 2015; ROCA, 2017;). Pero sí hay unas características comunes entre las trabajadoras del cuidado, pues comparten todas ellas la precariedad del trabajo. Comparten también el hecho de ser trabajos feminizados y escasamente cualificados, con escaso reconocimiento, convertidos en nicho laboral para migrantes extranjeras. Las empleadas en los hogares son quienes tienen peores condiciones laborales y sufren además una evidente falta de derechos y quienes han sufrido más los efectos de la pandemia.

Las trabajadoras del cuidado se enfrentan a varios obstáculos para conseguir su profesionalización. Uno de ellos se relaciona con la persistencia de un modelo familista de cuidados que vincula el cuidado al hogar (preferencia de envejecer en casa), donde predomina una lógica individualizadora y donde la figura de la cuidadora familiar se prolonga en la de la cuidadora remunerada (MORENO-COLOM *et al.*, 2016). El otro obstáculo es la escasa o nula cualificación requerida para hacer este trabajo, basada en la naturalización de unos saberes que se consideran propios de mujeres, lo que a su vez justifica los bajos salarios (RECIO CÁCERES *et al.*, 2015). Esto mismo debilita la capacidad de acción colectiva e incrementa la inseguridad y la vulnerabilidad de estas trabajadoras (CAÑADA, 2021).

La precariedad laboral es enemiga de la calidad del cuidado. Los salarios bajos, las jornadas a tiempo parcial y la temporalidad generan una elevada rotación de las trabajadoras, especialmente de las más jóvenes, que pueden acceder a titulaciones más cualificadas y abandonan fácilmente el sector en busca de trabajos mejor pagados. O pasan al sector sanitario, donde hay mejores retribuciones. La falta de formación específica para atender determinadas patologías incide también en la falta de calidad del cuidado. ¿Cómo se puede pedir además que haya empatía, capacidad relacional, paciencia o incluso cariño hacia las personas que se atiende cuando este trabajo carece de reconocimiento? La satisfacción que produce ayudar a los demás, a lo que llamamos vocación, no justifica que se tenga que obtener bajos salarios. De la vocación no se vive, nos recuerda la sindicalista Montse Sedó (F008).

El tiempo es un factor importante también. Hay un límite en la cantidad de personas de las que puede ocuparse una trabajadora. En el cuidado, el incremento de la productividad va

claramente en detrimento de la calidad y esto se ha visto claramente en las residencias. O se opta por un modelo industrial o por uno artesanal. Por tanto, no estamos tratando solo de cuestiones salariales, sino de ritmos y condiciones de trabajo. Shahra RAZAVI y Stilke STAAB (2010) describen muy bien como el ahorro de costes de los servicios de cuidado remunerados y las presiones para que se trabaje más deprisa tienen consecuencias negativas para el buen cuidado. Todos los componentes están especificados:

> Cuando no existe una reglamentación apropiada, el sector que nos ocupa también suele generar servicios de calidad deficiente a los beneficiarios del cuidado. Si se reduce el tiempo dedicado a cada usuario para aumentar la 'producción'; si los cuidados se circunscriben a una lista de tareas que deja poco margen a la interacción personal (…). Si el descontento de los trabajadores por sus salarios y condiciones de trabajo hace que la moral del personal sea baja y la rotación alta; si los trabajadores carecen de cualificaciones adecuadas por la insuficiencia de su formación y de los requisitos para ejercer la profesión, es improbable que se satisfagan los intereses y gustos de las personas a las que se prestan servicios. (RAZAVI y STAAB, 2010: 457)

Por consiguiente, las condiciones laborales de las trabajadoras y la garantía de calidad de los servicios de cuidado son aspectos cruciales que la política pública debe afrontar. Lógicamente esto supone un coste monetario que la sociedad ha de estar dispuesta a asumir, lo que no es una cuestión menor. El buen cuidado tiene un coste económico y el debate es quien lo asume. María Ángeles Durán plantea el dilema de forma muy contundente:

> Creemos en el mito de que la vejez es barata. En los años iniciales de la jubilación y antes de que se empiece a estar mal de salud, la vejez puede ser barata porque se puede reducir el consumo; pero en los dos últimos años de vida (esta es la media en este momento), es necesario consumir muchos servicios de cuidado que cuestan muchísimo dinero y no nos hacemos a la idea de que hay que pagarlos. O se paga en impuestos o se paga con los ahorros, ahorrando y bajando el nivel de bienestar material en todo el ciclo vital. Para evitarlo, tratamos de abaratar el cuidado, bien sea mediante cuidadores inmigrantes que lo hacen por debajo de lo que costaría legalmente, o adscribiéndolo a las mujeres de la familia. (COMAS-D'ARGEMIR Y BOFILL-POCH, 2021: 42)

La dicotomía es clara: o se asumen socialmente los costes del cuidado para que se realice en condiciones dignas, o se sigue explotando a las mujeres, sea como cuidadoras familiares sin remuneración, sea como mano de obra barata. Este es el modelo actual que, como hemos insistido a lo largo de esta investigación, no es satisfactorio. La alternativa es dignificar el trabajo de cuidados, con plantillas bien dotadas, cualificadas y remuneradas, como defiende la Asociación de Directores y Gerentes de Servicios Sociales (véase GARCÍA *et al.*, 2021). No tiene sentido además la gran diferencia en salarios y condiciones laborales existente entre las trabajadoras en servicios de titularidad y gestión pública respecto a las de los demás, ni tampoco las diferencias respecto a trabajadoras de otros sectores con un nivel de formación equivalente. También hay que abordar la situación específica de las contratadas directamente en los hogares para asimilarlas al resto de trabajadoras.

Se requiere una revisión profunda del modelo asistencial, que aborde las cuestiones laborales y de gestión del personal de forma integral e incluya tanto el sector público como el privado, así como el empleo de hogar. Se trata, en definitiva, que el interés de las trabajadoras del cuidado de tener mejores condiciones laborales se corresponda con el interés de las personas cuidadas; que se perciba que el beneficio de quienes trabajan beneficia también a quienes reciben cuidados. Construir este tipo de alianza es imprescindible para contraponerse a las fuerzas del mercado de cuidados y algunos intentos se están haciendo al respecto (BOFILL-POCH, 2017, 2021). El cuidado no es un capricho, sino un derecho, por lo que un buen cuidado debe realizarse en condiciones laborales satisfactorias. La dignidad de las personas mayores y dependientes está en juego también.

Las trabajadoras del cuidado merecen un incremento sustancial de sus salarios. Quienes trabajan en servicios de titularidad privada dependen de la negociación de los convenios colectivos. Se ha mostrado que las luchas sindicales han permitido conseguir mejores retribuciones (como es el caso de Gipuzkoa y de Bizkaia). Los niveles salariales, por otro lado, deberían equipararse a los del sistema sanitario. La asistencia personal depende de una prestación, que debería ser revisada. El salario de las trabajadoras del hogar, la mayor parte de las cuales son contratadas para cuidar, dependen en la práctica del acuerdo personal y privado entre empleador/a y trabajadora, pero en ningún caso debería ser inferior al salario mínimo interprofesional.

Tan importante como este reconocimiento salarial es la estabilidad en el empleo. Reducir las tasas de temporalidad y reducir los contratos a tiempo parcial tiene efectos positivos pues evitan la elevada rotación actualmente existente. Este no es solo un factor de seguridad para las trabajadoras, sino que incide en la calidad del cuidado, basado en la interacción personal y el beneficio que comporta para la persona que recibe cuidados tener unas mismas personas como referente.

En los servicios residenciales es importante la redefinición de la proporción entre trabajadoras y personas atendidas. Las ratios que aprobó el Consejo Territorial de la Dependencia en el año 2008 están desfasadas con relación a las necesidades actuales, debido a que los y las residentes son de edades muy elevadas y con pluripatologías, lo que requiere una mayor intensidad y tiempo en los cuidados. Es especialmente importante que el personal auxiliar (y gerocultor), que es quien hace la atención directa, tenga las ratios más elevadas para tener el tiempo necesario para cuidar de forma apropiada.

En el caso de la atención domiciliaria prevista en la Ley de Dependencia, la asignación de servicios a las trabajadoras hace muy difícil que puedan trabajar a tiempo completo, debido a horarios fragmentados y cambiantes, a lo que se han de sumar los desplazamientos entre unos hogares y otros, no siempre cercanos entre sí. Resolver esta situación tan negativa para las trabajadoras requiere disponer de plantillas suficientes y, sobre todo, de una organización que permita que los horarios de trabajo tengan continuidad, que los hogares que atienden se hallen en un radio cercano y que conformen equipos para facilitar la atención de acuerdo con las necesidades de la persona usuaria y sus vínculos comunitarios. Hay referentes para tener en cuenta: Superilles Socials, de Barcelona, planes piloto de Castilla-León, o las experiencias del proyecto Etxean Bizi (Vivir en Casa) en algunos municipios vascos, que han permitido mejorar las condiciones laborales de este sector.

Las trabajadoras de hogar son quienes tienen retribuciones más reducidas y menos derechos (no tienen derecho al subsidio de paro, ni a la negociación colectiva ni a la representación sindical), por lo que padecen mayor vulnerabilidad, acrecentada cuando siendo extranjeras están en situación irregular y cuando carecen de contrato de trabajo. Además, puesto que el trabajo se ejerce en el marco de la privacidad, comporta ausencia de inspecciones y de control sobre unas condiciones laborales que pueden asemejarse a la servidumbre. La finalidad en este caso es mejorar las condiciones laborales del sector y erradicar la economía sumergida que lo caracteriza. Estas trabajadoras han reivindicado con insistencia que España se adhiera al Convenio 189 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT)[4], pasar al Régimen General de la Seguridad Social y tener los mismos derechos que las demás trabajadoras y trabajadores.

Además, pueden arbitrarse estrategias para hacer emerger el trabajo sumergido y asegurar los derechos laborales. La formación de cooperativas de trabajadoras ofrece posibilidades interesantes y ventajas evidentes frente a las empresas mercantiles que han entrado en este

[4] C189-Convenio sobre las trabajadoras y los trabajadores domésticos, 2011 (núm. 189). OIT.

sector y que se ofrecen como intermediarias para el empleo en los hogares. En nuestra investigación hemos mostrado diversos ejemplos de ello (Babel, Maitelan y SINA en el País Vasco; Abierto hasta el Amanecer en Madrid; Coòpolis, Mujeres Pa'lante y Clara Ser Gran en Cataluña). La instauración de cheques servicios es una alternativa viable, tal como se ha mostrado en Bélgica, por ejemplo. Las trabajadoras están contratadas por las empresas y no por las personas usuarias, que utilizan los cheques servicios según sus necesidades. El coste de la hora de servicio resulta a buen precio, ya que está subvencionado por la Administración, por lo que no resulta ventajoso contratar fuera del marco legal.[5] Tiene sus inconvenientes, lógicamente, ya que, al igual que las prestaciones monetarias, no garantiza que todos los grupos sociales puedan obtener unos mismos beneficios de esta iniciativa, por lo que en caso de instaurar este modelo se debería tener en cuenta el impacto de las desigualdades sociales en su utilización.

La figura de la asistencia personal ha sido utilizada en Gipuzkoa para atender a mayores en los hogares y contratar a empleadas del hogar a través de ella. Hay que valorar esta experiencia, que, de hecho, es en la práctica una especie de cheque servicio, aunque, a diferencia de lo que se hace en Bélgica, son las familias las que contratan directamente a la empleada y hay una supervisión desde servicios sociales. Hay que valorar esta experiencia, pero, seguramente, sería mejor crear una figura específica para el cuidado de las personas mayores, para no confundir con la que se destina al apoyo a personas con discapacidad. O bien, simplemente, hay que desburocratizar la rigidez de los servicios de atención domiciliaria para adaptarlos a las necesidades de quienes lo necesitan. De hecho, las actuaciones políticas deberían tender a que disminuya la contratación directa en los hogares a partir de ampliar los servicios de atención domiciliaria y los de asistencia personal.

La dignificación laboral requiere a su vez afrontar la cualificación de las trabajadoras del cuidado. Esto supone formación, especialmente, y también titulación. Puesto que hay muchas trabajadoras que no tienen el nivel de estudios requerido (especialmente entre las de mayor edad) o que por ser extranjeras no lo pueden acreditar oficialmente, esta cuestión se ha ido solucionando por parte de algunas comunidades autónomas mediante la acreditación de competencias a partir de la experiencia en el trabajo. Esto ha permitido que muchas mujeres hayan podido incorporarse a este tipo de empleos y ha solucionado la dificultad que tienen los servicios de cuidado de encontrar profesionales para la atención directa. La vertiente negativa, sin embargo, es que las acreditaciones contribuyen a la precarización, al vincular la atención directa con las figuras más desfavorables del convenio de atención a la dependencia. Impulsar, en cambio, especialmente entre las personas jóvenes, la obtención del título de formación profesional de segundo grado (FPII) como técnicos/as sociosanitarios (auxiliares de enfermería o de geriatría) y reconocer en los convenios esta titulación es un paso adelante para dignificar el trabajo de cuidados. La formación no ha de limitarse solo a proporcionar competencias técnicas, sino también emocionales y en valores. Se trata de poner en valor los aspectos relacionales y afectivos que están presentes en la acción de cuidar, pues el trabajo de cuidados necesita de habilidades discretas, prudentes, de ajustes emocionales y de pequeñas acciones sutiles y eficientes, y esto requiere experiencia y empatía (PUIG y TORRENS, 2017). En el caso de las trabajadoras empleadas en los hogares se trata de facilitar que adquieran habilidades sociosanitarias para poder atender de forma apropiada las situaciones complejas con las que se pueden encontrar.

[5] Chiara GIORDANO (2021) ha constatado que, a pesar de las mejoras laborales de las trabajadoras en los hogares en Bélgica, persiste una fuerte segregación étnica y de género, especialmente en las empresas privadas. Por otro lado, el impacto de clase también incide, ya que los puestos de gestión han tenido evidentes mejoras laborales, pero son mucho más reducidas en los empleos de gestión directa.

La formación, entendida de forma continuada, ha de abordarse también como un requisito necesario en la revisión del modelo de atención a la dependencia. Avanzar hacia la atención centrada en la persona, tanto en residencias como en domicilios, requiere un cambio en la organización del trabajo y también en las culturas del trabajo, de manera que las trabajadoras sepan escuchar a la persona, sepan interpretar sus deseos o necesidades, tengan la flexibilidad de adaptarse a situaciones cambiantes y a horarios prácticamente personalizados. Este cambio, que no es fácil de implementar, empodera a las trabajadoras de atención directa, las convierte en el referente para las familias y genera mayor satisfacción con el trabajo (Mayte Sancho, C215). También es necesario tener espacios de palabra para compartir experiencias con otras trabajadoras y con las familias. Las personas cuidadoras tienen la necesidad de ayuda psicológica y del entorno, debido a que en ocasiones hay que confrontar situaciones duras y tensas. Cuidar a quien cuida es un requisito esencial.

Finalmente, impulsar la entrada de hombres en los trabajos remunerados de cuidados se sitúa en esta misma línea orientada a la dignificación del trabajo y a disminuir las brechas de género. Los trabajos de cuidado no remunerados incrementan su valor si los que son pagados también lo hacen y recíprocamente, y esto mismo facilita la incorporación de los hombres en los empleos de cuidados, hoy minoritaria (COMAS-D'ARGEMIR, 2016; SCAMBOR y GÄRTNER, 2021; SORONELLAS *et al.*, 2021). La incorporación masculina no supone una amenaza para las oportunidades de empleo de las mujeres, pues los cuidados son un sector ocupacional en expansión. Tiene la ventaja, además, de promover masculinidades cuidadoras (ELLIOTT, 2016). Eliminar las desigualdades de género es un requisito para la construcción de un sistema de cuidados sostenible (HIMMELWEIT y LAND, 2011).

La respuesta a la crisis originada por la pandemia ha de tener en cuenta la importancia del sector social de los cuidados, que afecta especialmente a las mujeres. Conocemos suficientemente la vulnerabilidad de las trabajadoras del cuidado y de las familias que cuidan. Seguir con el mismo modelo implica incrementar esta vulnerabilidad y hacer de las mujeres las víctimas de la situación: sobrecarga de trabajo, bajos salarios, pobreza femenina.

7.5. REFORMAS DEL MODELO PÚBLICO ACTUAL

La *Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia* (LAPAD) que entró en vigor en el año 2007, consiguió construir el cuidado como un derecho social y dejar de contemplar la atención a las personas mayores y de las personas con discapacidad como una responsabilidad moral de las familias para con sus miembros o como una responsabilidad asistencial del Estado ante situaciones socialmente vulnerables. La Gran Recesión de 2008 dejó a la LAPAD sin la necesaria dotación presupuestaria para desplegar correctamente, en calidad y en cantidad, los recursos que la misma ley preveía, por lo que el derecho a cuidar y a ser cuidado no ha llegado a consolidarse en nuestro país como tal (MONTSERRAT, 2015). Una década después, la pandemia ha evidenciado de nuevo su debilidad y la necesidad de cambiar y reformular esta legislación (DEL PINO *et al.*, 2020; ZALAKAÍN *et al.*, 2020). De hecho, el Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030 acaba de publicar con fecha de septiembre 2020 un documento de *Propuestas para la puesta en marcha de un 'Plan de Choque para el impulso del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia'* en el cual se menciona la urgencia de reformar la LAPAD puesto que "existen problemas en su funcionamiento, que vienen arrastrándose desde hace años y que la crisis sanitaria actual no ha hecho más que intensificar, evidenciando la necesidad de abordarlos" (MINISTERIO DE DERECHOS SOCIALES Y AGENDA 2030, 2020: 2). La escasa visibilidad y valoración social de los cuidados, la precariedad laboral de las personas empleadas en este sector, la dificultad de incorporar hombres a los trabajos de cuidados, la fragilidad del sistema residencial que no ha podido evitar los contagios (más de la mitad de las personas fallecidas eran residentes en

centros geriátricos según datos del Ministerio de Sanidad), la necesidad de reforzar los SAD para dar respuesta al envejecimiento en casa como alternativa al recurso residencial y las oportunidades que ofrecen las iniciativas comunitarias que devienen agentes en el sistema de organización social de los cuidados, son las dimensiones básicas que convendría tener en cuenta en toda posible reformulación de la organización social del cuidado.

La pandemia de la covid nos ha situado frente al espejo visualizando las constantes contradicciones del bienestar en las que se encuentra la provisión de cuidados de larga duración. Estas están relacionadas, especialmente, con los efectos adversos de las políticas públicas y en su contribución a la mercantilización de los cuidados en el servicio doméstico, ocupación que sitúa a sus trabajadoras en una clara posición de desventaja económica y social. En este sentido, identificamos tres contradicciones principales:

1. La protección social orientada a los cuidados de larga duración en España ha ejercido, una influencia destacable en potenciar su privatización por lo que se ha menoscabado su efecto redistributivo. Una de las principales contradicciones que presentan las políticas públicas en este ámbito es que, sin bien fueron diseñadas para ejercer un efecto universalista, no han sido capaces de desmercantilizar los cuidados. Este concepto, acuñado ya en los años 90 por Gøsta ESPING-ANDERSEN (1990), recobra actualidad en este contexto pandémico para medir en qué medida los servicios públicos y las prestaciones económicas son capaces de reducir la dependencia de los individuos con respecto al mercado. Las evidencias muestran que en España algunas medidas públicas han promovido el sector privado de cuidados y, en algunos casos, han generado notables desigualdades entre la población usuaria. Por ejemplo, la introducción del mecanismo de copago, una aportación económica que tienen que realizar los usuarios de los servicios del SAAD para completar su pago ha sido una fuente de inequidades. Aunque esta cuantía copagada varía según su nivel de renta, suele ser muy elevada aún para la población con niveles medios o pequeños de ingresos. Por ejemplo, el precio medio de una plaza en una residencia en España es de 1,800 euros (INSTITUTO DE MAYORES Y SERVICIOS SOCIALES [IMSERSO], 2019). Para una persona con un nivel de dependencia severa, a quien se le haya concedido una prestación vinculada al servicio, la cuantía máxima subvencionada es de 715 euros con el condicionante de no superar aproximadamente los 565 euros/mes de nivel de ingresos. Este usuario tendría que pagar el monto restante hasta alcanzar los 1.800 euros, es decir, 1.085 euros, cantidad superior a su nivel de renta disponible.

2. En segundo lugar, otra de las tensiones contradictorias que se han puesto en evidencia durante la pandemia es que los efectos adversos de las políticas de cuidados no son únicamente resultado de un diseño e implementación determinada, sino que también aparecen asociados a las consideraciones etnizadas y generizadas sobre cómo deben de proveerse los cuidados y quienes deben de hacerlo en cada momento. La existencia de un Estado de bienestar en donde el acceso a los derechos sociales depende de las cotizaciones laborales, la estabilidad laboral (o incluso el permiso de residencia), genera nuevas capas de desigualdad y discriminación, sobre todo, para las trabajadoras de cuidados contratadas por los hogares privados. Aunque el trabajo que ellas desempeñan es esencial para la sostenibilidad de la vida tienen un limitado acceso al sistema público de bienestar o incluso son excluidas del mismo. La privatización de los cuidados se produce, por tanto, hacia una esfera mercantil desregulada y precaria.

3. En tercer lugar, y sumadas a las antítesis anteriores, habría que mencionar como durante la crisis sanitaria se ha reforzado la familiarización y la mercantilización de los cuidados de larga duración. Por una parte, la confianza en los centros residenciales se ha resquebrajado, situación que obliga a las familias a recolocar los cuidados en el hogar o a contratar servicios externos. El empleo de hogar sigue siendo en España la vía mayoritaria.

Varias empresas y agencias privadas ya han notado el repunte y algunas señalan cómo los usuarios se han duplicado pasando de 4.000 usuarios al mes antes de la pandemia a 8.000 después de la misma[6]. Esta información se complementa con la que nos ofrecen algunas personas expertas quienes señalan cómo las plazas residenciales han caído en algunas regiones como Cataluña, donde se estima que hay vacantes unas 15.000 plazas, aunque este proceso puede haber cambiado con posterioridad a la redacción de este texto. Por otra parte, la propia política pública y como consecuencia del confinamiento y el cierre de algunos centros se han expandido más las transferencias monetarias de las que hablábamos en el apartado anterior. De esta manera, según los datos del IMSERSO las prestaciones por cuidados en el hogar aumentaron en más de 28.000 casos durante febrero 2020 a abril 2021 pasando a representar en la actualidad a 457.299 usuarios del sistema público de atención (IMSERSO, 2021).

Este proceso sitúa al sistema público de cuidados de larga duración ante un dilema que nos hace reflexionar sobre las relaciones que existen entre las crisis y el cambio social. En este caso, la crisis sanitaria puede ser observada como una ventana de oportunidad, para fomentar nuevas directrices políticas que tiendan a redistribuir los cuidados de una manera socialmente más equitativa (DALY *et al.*, 2021). Por ahora, solo se advierten pequeños cambios relacionados con mejorar la financiación, aumentar la cobertura de los servicios o incluso incluir a las trabajadoras de hogar como parte del sistema. Todos los analistas consultados coinciden en señalar las siguientes iniciativas para mejorar el modelo público de atención:

1. La dificultad de la coordinación sociosanitaria que requiere una mejor combinación de la sanidad y los servicios sociales estableciendo mecanismos de cooperación para la derivación de usuarios entre ambos sistemas.
2. Articular la gobernanza multinivel de una manera más efectiva. La fragmentación administrativa complejiza la distribución de los servicios y los hace menos accesibles a las personas usuarias. Si bien buena parte de los recursos se diseñan y financian desde los Gobiernos regionales, las entidades municipales tienen la capacidad de desarrollar algunos muy relevantes como es el caso del SAD. Su resultado es una duplicación de recursos y una fuerte diversidad de atención. De esta manera, por ejemplo, el SAD se desdobla en servicio municipal y en servicio del SAAD gestionado por el Gobierno regional y en ambos existen diferentes criterios de accesibilidad, oferta y precios.
3. Priorizar la otorgación de servicios en vez de prestaciones económicas, camino en el que se ha avanzado también recientemente, pero que todavía requiere un esfuerzo mayor. Por ejemplo, la derivación de beneficiarios del sistema hacia prestaciones económicas vinculadas a servicios (PEVS) en vez de su inclusión en los servicios sociales públicos conlleva una mayor carga económica entre los usuarios debido al mecanismo de copago. La Administración además tiene un papel limitado como garante de derechos y calidad de los servicios ofrecidos por las empresas privadas por lo que el desarrollo de esta prestación requiere que el sistema de acreditación de centros privados garantice unos mínimos comunes de atención (CONFEDERACIÓN ESPAÑOLA DE ORGANIZACIONES EMPRESARIALES [CEOE) y ASOCIACIÓN EMPRESAS DE SERVICIOS PARA LA DEPENDENCIA [AESTE], 2019) y que exista un sistema de inspección y control públicos más adecuados (MARBÁN *et al.*, 2021). La opción de que únicamente se subcontraten prestaciones de servicios a empresas sin ánimo de lucro o empresas sociales y cooperativas es ya una demanda que se realiza desde variadas voces expertas.

[6] SOSA, María (2021): "Mamá se queda en casa: crisis de reputación en las residencias de ancianos", *El País* (16 de mayo), Enlace.

4. Mejorar la información sobre el copago (fórmula de la que no se publican datos), e intentar reducir su importe o incluso eliminarlo puesto que esta tarifa puede conllevar la expulsión del sistema de atención a aquellos colectivos con rentas bajas pero no lo suficientemente residuales como para que les compense el pago de servicios privados.
5. Transitar hacia un modelo de atención domiciliaria, de residencias y de centros de día centrado en las personas mayores y en el envejecimiento en el entorno. Ello supone acercarse a experiencias de gestión y diseño que afiancen la autodeterminación de las personas usuarias y se articulen en el ámbito comunitario. En el caso concreto del SAD existe una demanda de mejorar la intensidad y cobertura del servicio, en el ámbito de las residencias se torna ya imprescindible acercarse a pequeñas unidades de convivencia y en el ámbito de los centros de día es necesario potenciar en mayor medida este recurso pues combina la profesionalización de los cuidados con el mantenimiento de los usuarios en su entorno. Todo eso debería conjugarse con una complementariedad entre los servicios ofertados de manera que la recepción de uno no sea excluyente con ser persona usuaria de otro.
6. Extender la figura de la asistencia personal, contemplada en la LAPAD, que actualmente tiene un alcance muy reducido.
7. Fomentar la utilización de servicios de prevención para evitar que el modelo público de cuidados de larga duración actúe únicamente en la fase final de la vida y pueda incorporarse como sistema para la planificación de la trayectoria de envejecimiento.
8. La sostenibilidad económica del sistema también debería de ser resituada. Se requiere un esfuerzo de inversión en dependencia que aproxime el gasto público en este ámbito en torno a un 1,5% del PIB (RODRÍGUEZ-CABRERO *et al.*, 2018) y supere el 0,7% actual.

7.6. SOCIEDADES CUIDADORAS, CIUDADES CUIDADORAS

El cuidado tiene dimensiones sociales y políticas. Emerge desde los vínculos sociales y, a su vez, los recrea y solidifica, produce sociedad. En este sentido más amplio y holístico, el cuidado es constitutivo de la organización social (BOFILL-POCH y COMAS-D'ARGEMIR, 2021; THELEN, 2015). Es un elemento central de nuestra existencia humana, atraviesa nuestra vida cotidiana, es a lo que dedicamos más tiempo, afecta a nuestras emociones más profundas y, sin embargo, no le damos valor. Vale la pena abrir el foco y situar el cuidado en la lógica social.

¿Hasta qué punto la sociedad nos facilita cuidar de los demás? ¿Hasta qué punto la sociedad nos cuida y proporciona lo que necesitamos? ¿Podemos seguir resolviendo el cuidado de mayores y personas con discapacidad desde las injusticias de género? ¿Podemos cuidar con propiedad si convivimos con la exclusión y las desigualdades sociales? ¿Qué sociedad necesitamos para poder dar y recibir un buen cuidado, para poder tener bienestar? Se trata de adoptar una mirada transversal, que no es fácil integrar: el urbanismo, los entornos comunitarios, los movimientos de amigabilidad, las entidades, el voluntariado, los servicios de cuidado, la movilidad a escala humana, la accesibilidad… Nos situamos así en un contexto más amplio que lo engloba todo: el de las sociedades cuidadoras.

La idea de avanzar hacia sociedades cuidadoras, sobrepasa la comprensión tradicional de la labor de cuidados, vinculada a la atención a la dependencia, en favor de una concepción más amplia que, integrando la anterior, se entiende asociada al bienestar de todos los integrantes de la sociedad y entiende el cuidado como un elemento articulador de la sociedad. Frente al mito hegemónico del individuo autosuficiente cuyas necesidades deben ser cubiertas en su privacidad, asume la interdependencia como esencia constitutiva de lo social y como principio de la responsabilidad colectiva hacia los cuidados (PRIETO SANCHO, 2017). Se trata de situar la

vida cotidiana y la perspectiva de los cuidados como eje de las decisiones políticas. Este modelo de gobernanza centrado en los cuidados, asienta sus bases sobre la reflexión y la práctica de distintos movimientos sociales, que vienen desarrollando su trabajo desde la perspectiva del feminismo, la ecología social y la ética de los cuidados. Su materialización se dirime en el entorno en el que se vive y se convive, por lo que el concepto de sociedades cuidadoras se asimila y se concreta en el de ciudades cuidadoras.

Abordamos esta idea de sociedades cuidadoras a partir de tres dimensiones: a) las infraestructuras y espacios de apoyo a la vida cotidiana; b) el paradigma urbano, y c) el compromiso y la corresponsabilidad en el cuidado.

7.6.1. INFRAESTRUCTURAS Y ESPACIOS DE APOYO A LA VIDA COTIDIANA

"Hacen falta condiciones materiales para poder cuidar", enfatizó Imanol Zubero (C200), quien insistió en la necesidad de generar espacios que permitan cuidar, lo que se concreta en los barrios y en las ciudades. Son los denominados "espacios para la vida cotidiana" que suponen la existencia de redes comunitarias, espacios de relación y equipamientos cotidianos (CIOCOLETTO, 2013). Todo ello a escala de barrio, como marco que facilita la interacción social, la proximidad y la autonomía y propicie la comunidad cuide. O a escala de pueblo, que tiene ya estas dimensiones. O, incluso a escala más pequeña, la de las comunidades que cuidan, como es el caso, por ejemplo, de La Colla Cuidadora, que agrupa a cuidadoras familiares y que no solo es un grupo de ayuda mutua, sino que, además, teje relaciones con las entidades del barrio y de la ciudad para compartir sus experiencias y conocimientos sobre cuidados (Xabier Ballesteros, C317).

Las infraestructuras de apoyo a la vida cotidiana son un antecedente de esta aproximación. Es una forma interesante de experiencia que emergió en Europa a principios de los años setenta del siglo pasado. Grupos de mujeres se movilizaron para hacer posible su participación laboral, social y política y resolver al mismo tiempo las necesidades de cuidados, motivadas entonces por el cuidado infantil. El modelo de acción fue la creación de infraestructuras de apoyo a la vida cotidiana, orientadas a favorecer la proximidad integrando el hogar, el trabajo y los cuidados de manera viable. La columna vertebral del proyecto era la creación de un nivel intermedio entre los hogares privados y el mundo público y comercial. Este nivel intermedio era el vecindario, que debía incluir viviendas, servicios, centros de trabajo y otras actividades que facilitaran la vida cotidiana de los residentes, con independencia de su edad y sexo (HORELLI, 2006).

Esta dimensión se relaciona directamente con la que hemos abordado anteriormente como es envejecer en el entorno comunitario. Ponemos como ejemplo nuevamente las Superilles Socials (Supermanzanas Sociales), creadas desde el Ajuntament de Barcelona para racionalizar los servicios de cuidados en domicilios, desde el concepto de residencia distribuida. Se trata, por tanto, de facilitar los servicios y apoyos necesarios para que las personas mayores puedan permanecer en sus domicilios, activando para ello los recursos comunitarios y sociales de cuidado (MORENO-COLOM, 2021). Otro proyecto, en paralelo, que es de carácter urbanístico, es el de las Supermanzanas (sin más) (RUEDA 2016). En este caso se delimitan algunas manzanas que, en sus calles interiores, se impide la circulación de coches con el objetivo de dar protagonismo a espacios públicos plurifuncionales que potencien las interacciones sociales y actividades diversas (juegos, deporte, lugares de encuentro, huertos urbanos). Estos proyectos piloto pretenden ampliar a todo el conjunto de la ciudad con un nuevo proyecto denominado Vila Veïna (Pueblo Vecino), dirigido a toda la población bajo la idea de fortalecer las dimensiones comunitarias, dar valor a los cuidados y generar una ciudad que sitúe la vida

en el centro. Se adopta, pues, una mirada integral del cuidado, que articula las infraestructuras de apoyo a la vida cotidiana con un urbanismo orientado a facilitar la convivencia y el cuidado.

Otro proyecto interesante es el Plan Madrid Ciudad de los Cuidados (AYUNTAMIENTO DE MADRID, 2017). Se trata de una ambiciosa actuación que proyecta el ámbito del cuidado a toda la ciudad. Las intenciones se explicitan en la descripción de sus campos de actuación: 1) La ciudad que cuida el espacio público y la vida en común (urbanismo facilitador de la vida cotidiana, seguridad, salud ambiental). 2) La ciudad que administra con cuidado (burocracia amigable, servicios en los barrios, alianzas con la ciudadanía organizada). 3) La ciudad sensible a la vida cotidiana (apoyo al cuidado y a las personas que lo requieren, promoción de la salud). 4) La ciudad que incorpora los cuidados en el sistema productivo (el cuidado como sector ocupacional). El cambio de gobierno en el Ayuntamiento de Madrid, actualmente en manos de partidos conservadores, ha supuesto una interrupción de este proyecto. Resulta curioso que se deje de lado una propuesta que no es para nada ideológica y va encaminada a proporcionar bienestar a la ciudadanía.

7.6.2. PARADIGMA URBANÍSTICO

La ciudad constituye un espacio de vida para la población y sus características condicionan la organización social del cuidado. Disponer de accesibilidad, de movilidad libre y segura y de las mismas oportunidades en formación, empleo, salud y vivienda proporciona las condiciones de posibilidad de una ciudadanía inclusiva. El envite neoliberal actual lleva hacia tendencias segregadoras y especulativas en la ciudad que incrementan las desigualdades, erosionan el espacio público y dificultan las condiciones de la vida cotidiana (COMAS-D'ARGEMIR, 2017).

¿De qué modelo de ciudad nos debemos alejar, porque no facilita el bienestar cotidiano? El enemigo de los cuidados es la ciudad neoliberal, dispersa o con fuerte segregación espacial y grandes distancias entre centros urbanos y áreas periféricas, en que los trayectos son unifuncionales y a menudo dependientes del transporte privado (coche), lo que perjudica especialmente a los sectores más desfavorecidos (REDONDO, 2013). De ahí que el desarrollo social se vincule actualmente a la accesibilidad y el tiempo urbano (HERNÁNDEZ y ROSSEL, 2012).

La ciudad compacta, en cambio, es más favorable para el bienestar, pues en ella se encuentran integradas las funciones de trabajo, comercio, vivienda, cuidados y ocio, lo que permite una mayor accesibilidad y autonomía gracias a la proximidad de los espacios en donde se han de realizar las actividades de la vida cotidiana: escuelas, centros de salud, hospitales, lugares recreativos, parques, centros administrativos, centros cívicos, centros deportivos, bibliotecas, etc. Esto puede concretarse en los barrios, donde tengamos los servicios que necesitemos, y podamos acceder a ellos con facilidad. Proporcionan, además una dimensión humana y relacional que condensa afectos, usos y deseos y facilita las dinámicas comunitarias (TELLO y QUIROZ, 2009). Es hacer ciudad dentro de la ciudad.

Por ello, propuestas relacionadas con la construcción de ciudades cuidadoras, resultan interesantes porque nos sitúan en el ámbito de unas ciudades que proporcionan bienestar, facilitan la vida cotidiana y favorecen los cuidados. El proyecto La Ville Du Quart d'Heure (La Ciudad en un Cuarto de Hora), por ejemplo, fue una propuesta de la actual alcaldesa de París, Anne Hidalgo, para reorganizar la ciudad con dos objetivos: favorecer las actividades de la vida cotidiana y disminuir la contaminación ambiental. La premisa es "tener todo lo que necesitamos a menos de 15 minutos de casa" sin tener que utilizar el coche para ello. La propuesta fue elaborada por el investigador franco-colombiano Carlos MORENO, quien apuesta por una ciudad de proximidad basada en el concepto del cronourbanismo y muestra

ejemplos pioneros en su aplicación: Ottawa, Melbourne, Portland, Barcelona, Milán, Nantes, Mulhouse (GARNIER y MORENO, s.d.). La búsqueda de una ciudad más humana y sostenible se ha planteado como un reto de urgente necesidad a partir de las consecuencias de la covid, y esta ciudad del cuarto de hora se configura como una de las propuestas más interesantes y novedosas para conseguirlo (MARDONES-FERNÁNDEZ DE VALDERRAMA, *et al.*, 2020), modelo que, por cierto, se había planteado ya desde el urbanismo feminista (MUXÍ *et al.*, 2011; VALDIVIA, 2018).

El paradigma urbanístico de una ciudad cuidadora no solo se refiere al modelo urbano, sino que, implica también que los ayuntamientos faciliten suelo en espacios centrales para la construcción de alojamientos de diversa modalidad para personas mayores y con discapacidad. Se trata de asegurar, además, que en el espacio público haya los elementos necesarios que faciliten las tareas y los recorridos que se deben realizar pensados desde la lógica de la accesibilidad. Imaginemos un trayecto corto que deba hacer una persona con problemas de salud para llegar al centro de atención primaria. Si no se dispone de algo tan elemental como bancos para sentarse a descansar y de espacios sombreados, por ejemplo, este recorrido puede hacerse insoportable, incluso inasumible. Disponer de espacios públicos con juegos para distintas edades, de baños públicos, de sombra, de bancos y mesas, de ascensores o escaleras mecánicas para salvar desniveles importantes, de fuentes con agua potable, de parques y vegetación, de circuitos deportivos, además de equipamientos y servicios cercanos, resulta beneficioso para toda la población, favorece la autonomía de personas mayores o con discapacidad, y facilita realizar las actividades de la vida cotidiana.

Tal como señala Blanca VALDIVIA (2018: 79) el modelo de la ciudad cuidadora sitúa las personas en el centro de las decisiones, pensando ciudades que nos cuiden, que cuiden nuestro entorno, nos dejen cuidarnos y nos permitan cuidar a otras personas. En resumen, son ciudades que aportan el soporte físico (espacios públicos, equipamientos, servicios, acceso a la vivienda, movilidad a la medida de las personas) para que cuidar y ser cuidado sean un derecho de ciudadanía (BERENGUER *et al.*, 2021).

7.6.3. COMPROMISO Y SOLIDARIDAD

El cuidado se efectúa desde un enfoque ético que implica tener presente las necesidades de los demás y asumir responsabilidades (GILLIGAN, 1982). El hecho de que el cuidado se vincule al hogar y se naturalice como algo que hacen las mujeres, impide ver su valor, su necesidad social, su carácter de bien público. Desde la lógica público-comunitaria se hace posible plantear una responsabilidad compartida entre individuo, familia, Estado y comunidad. Esta corresponsabilidad social en el cuidado no ha de suponer perder de vista la necesidad de renegociar el reparto cotidiano de los trabajos entre hombres y mujeres. Los hombres han de cuidar más de lo que lo están haciendo, tanto en las familias como en los trabajos de cuidado. Es una cuestión de justicia de género, pero es también una necesidad social (COMAS-D'ARGEMIR, 2016).

Las sociedades son cuidadoras cuando se asume colectivamente el valor que tiene reproducir la vida y las relaciones sociales que la sustentan. Para este objetivo tiene sentido que trabajemos, no para que se incremente el producto interior bruto. Y esta idea tiene el germen de una transformación social. Avanzar hacia sociedades cuidadoras implica cambiar mentalidades, modificar los valores que incitan al individualismo en favor del compromiso, la corresponsabilidad y la solidaridad. Es asumir que la dependencia no es algo extraordinario, sino una condición esencial de nuestra humanidad, y, por tanto, que la interdependencia es inevitable.

Es interesante el movimiento de Ciudades y Comunidades Amigables con las Personas Mayores, impulsado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), al que el IMSERSO se adhirió y que tiene implantación en ámbitos municipales (OMS, 2007). Lo interesante en este caso es desdramatizar la vejez, dar visibilidad a las aportaciones de las personas mayores e involucrar a personas de distintas edades en actividades conjuntas. Pero son más interesantes todavía los vecindarios y comunidades cuidadoras: asociaciones, entidades, vínculos e iniciativas articulados en los entornos de proximidad de las personas, que dan vida a la ciudad y constituyen su dimensión comunitaria (Fernando Fantova, C170).

Pero más allá de estas iniciativas institucionales y comunitarias, hace falta un impulso desde la ciudadanía. Los cuidados siguen sin tener prioridad en la agenda política. Los cuidados (nos decía la portavoz de una plataforma ciudadana afectada por la crisis de las residencias) no sacan la gente a la calle. Es cierto: las movilizaciones que desde estas plataformas se han celebrado en distintas ciudades españolas, no han conseguido movilizar masivamente a la gente. La protesta necesita de un antagonista que la persona cuidadora no tiene, nos dice María Ángeles Durán (C315). A los cuidados les falta: politicidad; capacidad de articular el conflicto político (COMAS-D'ARGEMIR y BOFILL-POCH, 2020).

Por ello es importante que la ciudadanía tome la iniciativa, para dar visibilidad y valor al cuidado a partir de actos públicos, jornadas y conferencias, concentraciones, iniciativas de presión política, etc. Podemos citar, por ejemplo, la *Care Revolution,* que es una iniciativa ciudadana, surgida en distintas ciudades de Alemania y de Suiza (NEWMAN y WINKER, 2019). Consiste en una red que reúne los distintos agentes que intervienen en el cuidado y que tienen distintas posiciones e intereses, con el objetivo de potenciar las solidaridades y de reforzar las conexiones sociales. Negociar entre ellos implica reconocer la interdependencia, e implica también que los problemas relacionados con el cuidado se resuelvan desde la agenda social y política y no queden reducidos a soluciones en el ámbito de lo privado o lo individual. ¿Por qué no pensamos en la posibilidad de potenciar en nuestras ciudades una Red Ciudadana por un Cuidado Justo y Sostenible? Su posibilidad pone a prueba la autenticidad de una sociedad solidaria, en que el cuidado de las personas sea fruto de esta solidaridad y no de la competencia entre unas personas y otras.

El compromiso y la solidaridad son potentes motores de cambio. Si entendemos que el cuidado es sustancial, imprescindible para la existencia humana, entonces lo debemos asumir como un deber cívico, nos dice Joan TRONTO (2013). Esto implica redistribuir el cuidado y democratizarlo. La democratización de los cuidados pasa por los siguientes ejes: 1) Promover el reconocimiento del cuidado y de su centralidad. 2) Socializar las responsabilidades del cuidado. 3) Repartir el cuidado entre hombres y mujeres, para eliminar la (mal)división sexual del trabajo. 4) Tener en cuenta los derechos y las demandas de las personas receptoras de cuidados, en función de su ciudadanía y no solo como consumidores. Cada una de estas dimensiones es un paso positivo hacia la democratización de los cuidados, pero el avance de solo una de ellas constituye una democratización parcial o incluso un retroceso (EZQUERRA y MANSILLA, 2018).

Nos referiremos finalmente al necesario cambio de mentalidad para hacer posible la promoción de sociedades cuidadoras, pues la ciudadanía ha de ser consciente de sus deberes respecto al cuidado. Victòria CAMPS (2021: 10) lo resume en cuatro puntos: 1) Aceptar la vulnerabilidad. Todos somos, nos guste o no, dadores de cuidado y receptores de cuidado y esta condición nos iguala. 2) Poner en cuestión el binomio público/privado pues nuestro mundo crece y se desarrolla tanto por la actividad productiva como por la reproductiva. 3) El cuidado concierne tanto a las mujeres como a los hombres. 4) El cuidado es un bien público. Las instituciones deben ser cuidadoras y las políticas públicas no solo han de orientarse a la

provisión de cuidados sino a promover un debate público sobre la prioridad en las necesidades y en la asignación de responsabilidades.

El debate en estas cuestiones está abierto. La hegemonía neoliberal predominante hoy otorga al mercado el máximo poder y protagonismo frente a la sociedad. En este contexto, reconocer la importancia del cuidado y de la reproducción social tiene una fuerte dimensión política, que da un giro a la forma de concebir las lógicas de gestión de lo social. Las sociedades cuidadoras son una alternativa posible al modelo social actual.

7.7. BIBLIOGRAFÍA

ARRIETA, Felix; IZAGUIRRE, Ainhoa; SEGÚ, Mabel y ZUÑIGA, Martín (2018): "La comunidad al rescate: algunas reflexiones sobre las políticas estatales de activación comunitaria en Europa", *Zerbitzuan*, 65, 5-18.

ARTIAGA, Alba (2021): "Cuidados comunitarios y gobierno común en la dependencia: las viviendas colaborativas de personas mayores", *Revista Española de Sociología*, 30, 2, a29.

AYUNTAMIENTO DE MADRID (2017): *Plan Madrid Ciudad de los Cuidados. Lo común importa* (2016-219), Enlace.

BACON, Kate; FRANKEL, Sam y FAULKS, Keith (2013): "Building the 'Big Society'. Exploring representations of young people and citizenship in the National Citizen Service", *International Journal of Children's Rights*, 21, 3, 488-509.

BENERÍA, Lourdes (2008): "The crisis of care, international migration, and public policy", *Feminist Econ*omics, 14, 3, 1-21.

BERENGUER, Lluís; POZO, Maite; SALINAS, María; SERRA, Pere y SISÓ, Ramon (2021): *Urbanismo y Hábitat*, Barcelona, Mémora Fundación.

BOFILL-POCH, Sílvia (2017): "Otro trabajo del hogar es posible: procesos de lucha por el reconocimiento y dignificación de los cuidados en tiempos de crisis", *Quaderns-e de l'Institut Català d'Antropologia*, 22, 2, 133-149, Enlace.

— (2021): "Joint struggle for care and social reproduction in Spain: contested boundaries and solidarities", en Frances PINE y Haldis HAUKANES, *Gender, reproduction, regulation: gender, intimacy and mobility in the era of hardening borders*, Manchester University Press, 123-40.

— y COMAS-D'ARGEMIR, Dolors (2021): "Promoviendo la justicia social y de género en el cuidado de mayores y dependientes", en Dolors COMAS D'ARGEMIR y Sílvia BOFILL-POCH (eds.), *El cuidado de mayores y dependientes: avanzando hacia la igualdad de género y la justicia social*, Barcelona, Icaria, 9-34.

CAMPS, Victòria (2021): *Sociedades que cuidan*, Barcelona, Mémora Fundación.

CAÑADA, Ernest (2021): *Cuidadoras. Historias de trabajadoras del hogar, del servicio de atención domiciliaria y de residencias*, Barcelona, Icaria.

CARRASCO, Cristina (2016): "Sostenibilidad de la vida y ceguera patriarcal: una reflexión necesaria", *Atlánticas: Revista Internacional de Estudios Feministas*, 1, 1, 34-57.

CENTRO DE INVESTIGACIONES SOCIOLÓGICAS (2014): *Cuidados a Dependientes (estudio nº 3009)*, Enlace.

CONFEDERACIÓN ESPAÑOLA DE ORGANIZACIONES EMPRESARIALES y ASOCIACIÓN EMPRESAS DE SERVICIOS PARA LA DEPENDENCIA (2019): *Avance del informe de la dependencia de CEOE para garantizar la sostenibilidad del sistema*, Enlace.

CIOCOLETTO, Adriana (2013): *Espacios para la vida cotidiana*, Barcelona, Comanegra.

COMAS-D'ARGEMIR, Dolors (2016): "Hombres cuidadores: barreras de género y modelos emergentes", *Psicoperspectivas*, 15, 3, 10-22.

— (2017): "Cuidados, género y ciudad en la gestión de la vida cotidiana", en Patricia RAMÍREZ KURI (coord.), *La erosión del espacio público en la ciudad neoliberal,* México, Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Sociales, Facultad de Arquitectura.

— y BOFILL-POCH, Sílvia (25 de julio de 2020): *El cuidado en el centro. Por una red ciudadana para un cuidado justo y sostenible*, Conferencia de clausura del ciclo de actividades Envejecimiento y Necesidades de Cuidado: Una Cuestión Social y Política, Palau Macaya, Barcelona, Enlace.

— y BOFILL-POCH, Sílvia (2021): "Entrevista a María Ángeles Durán 'Pandemia y Cuidados'", en Dolors COMAS-D'ARGEMIR y Sílvia BOFILL-POCH (eds.), *El cuidado de mayores y dependientes. Avanzando hacia la igualdad de género y la justicia social*, Barcelona, Icaria, 35-54.

DALY, Mary; LEÓN, Margarita; PFAU-EFFINGER, Birgit; RANCI, Costanzo y ROSTGAARD, Tine (2021): "COVID-19 and policies for care homes in European welfare states: too little, too late? *Journal of European Social Policy*.

DEL PINO, Eloísa; MORENO, Javier; CRUZ, Gibrán; HERNÁNDEZ, Jorge; MORENO Luis; PEREIRA, Manuel y PERNA, Roberta (2020): *Informe gestión institucional y organizativa de las residenciad de personas mayores y COVID-19: dificultades y aprendizajes*, Madrid, Instituto de Políticas y Bienes Públicos, Enlace.

EHNI, Hans-Joerg y WAHL, Hans-Werner, (2020): "Six propositions against ageism in the COVID-19 pandemic", *Journal of Aging & Social Policy*, 32, 4-5, 515-525.

ELLIOTT, Karen (2016): "Caring masculinities: Theorizing an emerging concept", *Men and Masculinities*, 19, 3, 240-259.

ESPING-ANDERSEN, Gøsta (1990): *The three worlds of welfare capitalism*, Cambridge, Polity Press.

EUROPEAN INSTITUTE FOR GENDER EQUALITY (2020): *Gender equality and long-term care at home*, Luxembourg, Publications Office of the European Union, Enlace.

EZQUERRA, Sandra y MANSILLA, Elba (2018): *Economia de les cures i política municipal: cap a una democratització de la cura a la ciutat de Barcelona*, Barcelona, Ajuntament de Barcelona, Universitat de Vic, La Ciutat Invisible.

EZQUERRA, Sandra y MANSILLA, Elba (2018): *Economía de los cuidados y política municipal: hacia una democratización de los cuidados en la ciudad de Barcelona*. Barcelona, Ajuntament de Barcelona, Enlace.

FUMAGALLI, Andrea y LUCARELLI, Stefano (2015): "Finance, austerity and commonfare", *Theory, Culture & Society*, 32, 7-8, 51-65.

GARCÍA, Gustavo; RODRÍGUEZ, José Manuel; ARANDA, Ana María y RUEDA, Andrés (2021): *Ideas y propuestas para un nuevo modelo residencial para personas en situación de dependencia*, Asociación Estatal de Directores y Gerentes de Servicios Sociales, Enlace.

GARNIER, Marine y MORENO, Carlos (s.d.): *La ville du ¼ d'heure. Du concept a la mise en œuvre*, Enlace.

GILLIGAN, Carol (1982): *In a different voice: psychological theory and women's development*, Cambridge, Harvard University Press.

GIORDANO, Chiara (2021): "Home care services for the elderly in Belgium: is professionalization decreasing gender and ethnic segregation and discrimination in the sector?, en Dolors COMAS-D'ARGEMIR y Sílvia BOFILL-POCH, Sílvia (eds.), *El cuidado de mayores y dependientes. Avanzando hacia la igualdad de género y la justicia social*, Barcelona, Icaria, 209-230.

HERNÁNDEZ, Diego y ROSSEL, Cecilia (2012): *Tiempo urbano, acceso y desarrollo humano*, Cuaderno sobre Desarrollo Humano 01, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), Enlace.

HIMMELWEIT, Susan y LAND, Hilary (2011): Reducing gender inequalities to create a sustainable care system, *Kurswechsel*, 4, 49-63, Enlace.

HORELLI, Liisa (2006): "La gestión del tiempo y el espacio de la vida cotidiana en el contexto nórdico", en *Urbanismo y género. Una visión necesaria para todos*, Barcelona, Diputación de Barcelona, 249-258.

INSTITUTO PARA MAYORES Y SERVICIOS SOCIALES (2019): *Informe Anual IMSERSO 2019*, Madrid, Vicepresidencia Segunda del Gobierno.

— (2021), *Análisis explicativo de las estadísticas mensuales del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia. Situación a 30 de abril de 2021*, Enlace.

KARAGKOUNIS, Vassilis (2019): "Austerity, social work and the rediscovery of community work", *European Journal of Social Work*, 24, 2, 278-289.

LEBRUSÁN, Irene (2017): "Servicio doméstico y actividad de cuidados en el hogar: la encrucijada desde lo privado y lo público", *Lex Social: revista de los derechos sociales*, 9, 2, 25-46.

MARBÁN, Vicente; MONTSERRAT, Júlia y RODRÍGUEZ, Gregorio (2021): "El impacto de la Covid-19 en la población mayor dependiente en España con especial referencia al sector residencial", *Ciencia & Saude Coletiva* 26, 1, Enlace.

MARDONES-FERNÁNDEZ DE VALDERRAMA, Nuño; LUQUE-VALDIVIA, José y ASEGUINOLAZA-BRAGA, Izaskun (2020): "La ciudad del cuarto de hora, ¿una solución sostenible para la ciudad post COVID-19?", *Ciudad y Territorio*, 52, 205, 653-664.

MARTÍNEZ-BUJÁN, Raquel (2011): "La reorganización de los cuidados familiares en un contexto de migración internacional", *Cuadernos de Relaciones Laborales*, 29, 1, 93–123.

— y VEGA-SOLÍS, Cristina (2021): "El ámbito comunitario en la organización social del cuidado", *Revista Española de Sociología*, 30, 2, a25.

MARTÍNEZ-HERNÁEZ, Àngel (2008): *Antropología Médica. Teoría sobre la cultura, el poder y la enfermedad*, Barcelona, Anthropos.

MARTÍNEZ-VIRTO, Lucía y HERMOSO, Alejandra (2021): "Hacia un modelo público de cuidados en la comunidad", *Revista Española de Sociología*, 30, 2, a26.

MEISNER, Brad (2020): "Are you OK, Boomer? Intensification of ageism and intergenerational tensions on social media amid COVID-19", *Leisure Sciences*, 43, 1-2, 56-61.

MONTSERRAT, Júlia (2015): "Impactos de las medidas de estabilidad presupuestaria en el Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia: retos del futuro", *Zerbitzuan*, 60, 9-30.

MORÉ, Paloma (2015): "Cuidados a personas mayores en Madrid y París: la trastienda de la investigación", *Sociología del Trabajo*, 84, 85-105.

MORENO-COLOM, Sara (2018): "La acción comunitaria y los cuidados a domicilio", en Cristina VEGA-SOLÍS, Raquel MARTÍNEZ-BUJÁN y Myriam PAREDES-CHAUCA (eds.), *Cuidado, comunidad y común*, Madrid, Traficantes de Sueños, 147-166.

— (2019): "El desafío de género en los cuidados de la vejez. ¿Riesgo u oportunidad social?", *VIII Informe FOESSA sobre exclusión y desarrollo social en España*, Fundación FOESSA, Enlace.

— (2021): "Construyendo comunidad desde lo público: el caso de las Superilles Socials", *Revista Española de Sociología*, 30, 2, a27.

— ; RECIO CÁCERES, Carolina; BORRÀS CATALÀ, Vincent y TORNS MARTÍN, Teresa (2016): "Significados e imaginarios de los cuidados de larga duración en España. Una aproximación cualitativa desde el discurso de las cuidadoras", *Papeles del CEIC*, 145, 1-28.

MINISTERIO DE DERECHOS SOCIALES Y AGENDA 2030 (2020): *Propuestas para la puesta en marcha de un Plan de Choque para el impulso del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia*, Enlace.

MUXÍ, Zaida; CASANOVAS, Roser; CIOCOLETTO, Adriana; FONSECA, Marta y GUTIÉRREZ VALDIVIA, Blanca (2011): "¿Qué aporta la perspectiva de género al urbanismo?", *Feminismo/s,* 17, 105-129.

NEWMAN, Matthias y WINKER, Gabriele (2019): "Sorge und Solidarität. Von verbindender Care-Politik zur solidarischen Gesellschaft", *Care Revolution Netzwerk*, Enlace.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2007): *Ciudades globales amigables con los mayores: Una guía.* OMS, Enlace.

OSBORNE, Stephen (2018): "From public service-dominant logic to public service logic: are public service organizations capable of co-production and value co-creation? *Public Managament Review*, 20, 2, 225-231.

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

PINZÓN, Sandra; ALONSO-TRUJILLO, Federico; TORRÓ-GARCÍA, Cristina; RAPOSO-TRIANO, María Fernanda y MORILLA-HERRERA, Juan Carlos (2016): "Experiencias, modelos y claves para la coordinación e integración de servicios sociales y sanitarios", *Enfermería Clínica*, 26, 1, 3-6.

PRIETO SANCHO, Daniel (2017): *Imaginarios sociales del bienestar y los cuidados como cuestiones ciudadanas*, Ayuntamiento de Madrid. Enlace.

PUIG, Carmina y TORRENS, Ramona (2017): **"**El concepto de cuidado. Elementos relacionales y afectivos constitutivos del cuidar en hombres cuidadores", en Ana I. LIMA FERNÁNDEZ, Enrique PASTOR SELLER y Carmen VERDE DIEGO (coords.), *Comunidades sostenibles: dilemas y retos desde el trabajo social*, Editorial Thomson Reuters Aranzadi, 1890-1898

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

RECIO CÁCERES, Carolina; MORENO-COLOM, Sara; BORRÀS CATALÀ, Vincent y TORNS MARTÍN, Teresa (2015): "La profesionalización del sector de los cuidados", *Zerbitzuan,* 60, 179-193.

RICCÒ, Isabela; DEUSDAD, Blanca y DJURDJEVIC, Marija (2021): "Co-creación de servicios de cuidados: la experiencia del proyecto SoCaTel (H2020)", *Revista Prisma Social,* 32, 224-243, Enlace.

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

RODRÍGUEZ-CABRERO, Gregorio; MONTSERRAT, Júlia; ARRIBA, Ana; MARBÁN, Vicente y MORENO, Francisco (2018): *ESPM Thematic Report on Challenges in long-term care,* European Social Policy Network, Enlace.

RUEDA, Salvador (2016): *La supermanzana, una nueva célula urbana para la construcción de un nuevo modelo funcional y urbanístico de Barcelona,* Agència d'Ecologia Urbana de Barcelona, Enlace.

SCAMBOR, Elli y GÄRTNER, Marc (2021): "'Why should I care?' Men as agents and beneficiaries of a gender equal division of care", en Dolors COMAS-D'ARGEMIR y Sílvia BOFILL-POCH (eds.), *El cuidado de mayores y dependientes. Avanzando hacia la igualdad de género y la justicia social*, Barcelona, Icaria, 259-278.

SORONELLAS, Montserrat; OFFENHENDEN, María y BODOQUE-PUERTA, Yolanda (2021): "Entre la profesión y la vocación. La construcción del cuidado como profesión masculina", en Dolors COMAS-D'ARGEMIR y Sílvia BOFILL-POCH (eds.), *El cuidado de mayores y dependientes. Avanzando hacia la igualdad de género y la justicia social*, Barcelona, Icaria, 191-208.

SUÁREZ-BALCAZAR, Yolanda (2020): "Meaningful engagement in research: community residents as co-creators of knowledge", *American Journal Community Psichology,* 65, 3-4, 261-271.

SUBIRATS, Joan (2016): "Cambio de época y personas mayores. Una concepción de ciudadanía abierta e inclusiva", en Sandra EZQUERRA, Mercè PÉREZ SALANOVA; Margarida PLA y Joan SUBIRTAS (eds.), *Edades en transición. Envejecer en el siglo XXI*, Madrid, Ariel, 21-43.

TELLO, Rosa y QUIROZ, Héctor (2009): *Ciudad y diferencia. Género, cotidianeidad y alternativas*, Barcelona, Bellaterra.

THELEN, Tatjana (2015): "Care as social organization: creating, maintaining and dissolving significant relations", *Anthropological Theory*, 15, 4, 497-515.

TRONTO, Joan (2013): *Caring democracy: Markets, equality, and justice*, New York, NYU Press.

VALDIVIA, Blanca (2018): "Del urbanismo androcéntrico a la ciudad cuidadora", *Hábitat y Sociedad,* 11, 65-84.

VEGA-SOLÍS, Cristina; MARTÍNEZ-BUJÁN, Raquel; PAREDES-CHAUCA, Myriam (2018): *Cuidado, Comunidad y Común*, Madrid, Traficantes de Sueños.

VERCELLONE, Carlo (2015): "From the crisis to the 'Welfare of the Common' as a new mode of production", *Theory, Culture & Society*, 32, 7, 85-99.

ZALAKAÍN, Joseba; DAVEY, Vanesa y SUÁREZ-GONZÁLEZ, Aida (2020): *The COVID-19 on users of Long-Term Care services in Spain*, LTCcovid, International Long Term Care Policy Network, Enlace.

ZUBERO, Imanol (2017): "Sistemas de bienestar, políticas sociales y bienes comunes: tensiones y sinergias entre lo público y lo común", *Documentación Social*, 186: 115-134.

ZÚÑIGA, Martín (2020): "La comunidad del siglo XXI. Un marco interpretativo desde la perspectiva del Trabajo Social", *Cuadernos de Trabajo Social*, 33, 2, 197-219.

ANEXO 1
TABLAS DE PARTICIPANTES EN LA INVESTIGACIÓN

AUTOR

Carlos Chirinos

COLABORADORAS

Sílvia Bofill-Poch
Dolors Comas-d'Argemir
Mireia Roca

ÍNDICE

CONTENIDO

A.1.1. Tablas de participantes en las entrevistas 578

A.1.2. Grupos focales 605

A.1.3. Talleres 610

TABLAS

Tabla A.1.1. Número total de entrevistas, grupos focales y talleres 577

Tabla A.1.2. Capítulo 1. Contexto. Participantes en las entrevistas 578

Tabla A.1.3. Capítulo 2. Cuidadoras familiares. Participantes en las entrevistas 579

Tabla A.1.4. Capítulo 3. Trabajadoras en servicios de cuidados. Participantes en las entrevistas 582

Tablas A.1.5. Capítulo 4. Residencias. Participantes en las entrevistas 586

Tabla A.1.6. Capítulo 5. Trabajadoras de hogar y cuidados. Participantes en las entrevistas 594

Tabla A.1.7. Capítulo 6. Iniciativas comunitarias. Participantes en las entrevistas 599

Tabla A.1.8. Capítulo 7. Modelos Alternativos. Participantes en las entrevistas 601

Tabla A.1.9. Participantes en Grupo focal 1. Prácticas cooperativas del cuidado e intercooperación.. 605

Tabla A.1.10. Participantes en Grupo focal 2. Sesión ODS Labs. Envejece en Tu Pueblo. Diálogo entre Artieda y Ejea 606

Tabla A.1.11. Participantes en Grupo focal 3. Cuidados familiares de larga duración 607

Tabla A.1.12. Participantes en Grupo focal 4. Cuidado y Familia. Compartiendo experiencias con cuidadores y cuidadoras familiares 607

Tabla A.1.13. Participantes en Grupo focal 5. El cuidado remunerado. Compartiendo experiencias con las personas trabajadoras del cuidado 608

Tabla A.1.14. Participantes en Grupo focal 6. Los servicios de cuidado. Compartiendo experiencias 608

Tabla A.1.15. Participantes en Grupo focal 7. Envejecer en casa. ¿Cómo se resuelve? 609

Tabla A.1.16. Participantes en Grupo focal 8. Envejecer en la residencia. ¿Cómo, cuándo y por qué? 609

Tabla A.1.17. Talleres de co-creación. Modelos alternativos de cuidado 610

ANEXO 1. TABLAS DE PARTICIPANTES EN LA INVESTIGACIÓN

Presentamos aquí las tablas de personas participantes en la investigación, tanto en las entrevistas, como en los grupos focales y talleres realizados. Las tablas especifican el perfil sociológico de dichos participantes, destacando las características que nos parecen relevantes para la investigación. Las tablas van precedidas por un cuadro resumen del total de entrevistas, grupos focales y talleres realizados, así como del total de personas participantes en la investigación (Tabla A.1.1).

Presentamos, en primer lugar, siete tablas con el perfil de las personas entrevistadas (Tablas de la A.1.2 a la A.1.8), ordenadas según cada uno de los ámbitos de cuidado analizados en este informe (Capítulos del 1 al 7). El total de entrevistas realizadas para este informe ha sido de 343**.** Sin embargo, algunas entrevistas han contado con dos o más participantes, situación que ha ampliado el número de personas participantes en el estudio. Algunas de las entrevistas, según el perfil y ámbitos tratados, han servido para la redacción de más de un capítulo. Por ello, una misma entrevista puede aparecer referenciada en más de una tabla.

En segundo lugar, presentamos otras nueve tablas con el perfil de las personas participantes en los grupos focales y talleres realizados (Tablas de la A.1.9 a la A.1.17). La información aquí recogida ha servido para la redacción de distintos capítulos, por lo que dichas tablas no están asociadas a ninguno en particular.

Hemos respetado el anonimato de los y las participantes (a los que nos referimos con un pseudónimo), con excepción de cargos políticos, representantes sindicales y de asociaciones profesionales u otras personas participantes, cuando así nos lo han autorizado.

Tabla A.1.1. Número total de entrevistas, grupos focales y talleres

Total de entrevistas, grupos focales, talleres	
Entrevistas	343
Grupos focales	8
Talleres	5
Total de personas participantes	398
Capítulos	Entrevistas*
• Contexto	13
• Cuidadoras Familiares	44
• Servicios	67
• Residencias	117
• Trabajadoras de Hogar y Cuidados	80
• Iniciativas Comunitarias	36
• Modelos Alternativos	76

**Algunas entrevistas aparecen en más de un capítulo.*

A.1.1. TABLAS DE PARTICIPANTES EN LAS ENTREVISTAS

Tabla A.1.2. Capítulo 1. Contexto. Participantes en las entrevistas

Entrevista	Nombre	Sexo	Edad	Comunidad autónoma	Cargo	Institución	Partido político
C080	Esperanza (pseud.)	Mujer	60	C. Valenciana	Administradora pública	Generalitat Valenciana	-
C083	Mercè Martínez i Llopis	Mujer	54	C. Valenciana	Directora general d'Atenció Primària i Autonomia Personal	Generalitat Valenciana	-
C084	Lourdes (pseud.)	Mujer	42	C. Valenciana	Trabajadora social de la dependencia	Centro de Atención Social Servicios Sociales de Meliana	-
C085	María (pseud.)	Mujer	50	C. Valenciana	Trabajadora social de la dependencia	Centro de Salud Integral Alto Palancia	-
C100	Laura Soler Azorín	Mujer	41	C. Valenciana	Diputada autonómica y portavoz de comisión parlamentaria	Corts Valencianes	PSPV-PSOE
C150	Sandra Casas Molina	Mujer	39	C. Valenciana	Secretària Autonòmica de Serveis Socials i Autonomia Personal	Plataforma en defensa de la Ley de Dependencia	-
C179	María Blanco	Mujer	-	Galicia	Directora de la Jefatura Territorial de Política Social en A Coruña	Xunta de Galicia	-
C180	Ana Cancelo	Mujer	-	Galicia	Directora de la Oficina Municipal de Dependencia, Mayores y Discapacidad, en A Coruña	Ayuntamiento de A Coruña	-
C182	Marta Ribas Frías	Mujer	45	Cataluña	Diputada del Parlament de Catalunya	Parlament de Catalunya	En Comú Podem
C206	Santi Rodríguez	Hombre	56	Cataluña	Diputado del Parlament de Catalunya	Parlament de Catalunya	PP
C222	Raúl Moreno Montaña	Hombre	45	Cataluña	Diputado del Parlament de Catalunya	Parlament de Catalunya	PSC
C236	Vidal Aragonés Chincharro	Hombre	42	Cataluña	Diputado del Parlament de Catalunya	Parlament de Catalunya	CUP
C323	Ander Rodríguez Lejarza	Hombre	38	País Vasco	Secretario de Políticas Sociales y parlamentario en el Parlamento Vasco	Parlamento Vasco	EH Bildu

Tabla A.1.3. Capítulo 2. Cuidadoras familiares. Participantes en las entrevistas

Entrevista	Nombre	Sexo	Edad	Comunidad Autónoma	Origen	Situación dependencia	Parentesco cuidador/a	Tipo convivencia	Educación	Clase social[1]	Ámbito geográfico
C032	Aloís (pseud.)	Hombre	69	Cataluña	España	Alzhéimer	Esposo	Co-residencia	Universitarios	Media baja	Urbano
C037	Núria (pseud.)	Mujer	53	Cataluña	España	Vejez frágil	Hija	Residencialidad próxima	Universitarios	Media alta	Rural
C038	Patricia (pseud.)	Mujer	58	C. Valenciana	España	Discapacidad	Madre	Co-residencia	Universitarios	Media alta	Rural
C039	Lara (pseud.)	Mujer	48	C. Valenciana	España	Discapacidad	Hermana	Co-residencia	Universitarios	Media baja	Urbano
C040	Elisabet (pseud.)	Mujer	67	C. Valenciana	España	Vejez frágil	Hija	Residencialidad próxima	Universitarios	Media alta	Urbano
C041	Alejandro (pseud.)	Hombre	85	C. Valenciana	España	Alzhéimer	Esposo	Co-residencia	Secundarios	Media baja	Urbano
C042	Pedro (pseud.)	Hombre	72	C. Valenciana	España	Vejez frágil	Hijo	Residencialidad próxima	Secundarios	Alta	Urbano
C046	Aitana (pseud.)	Mujer	60	C. Valenciana	España	Vejez Frágil	Hija	Co-residencia	Universitarios	Media alta	Rural
C055	Carmen (pseud.)	Mujer	46	C. Valenciana	España	Discapacidad	Hermana	Co-residencia	Universitarios	Media alta	Urbano
C056	Pilar (pseud.)	Mujer	51	C. Valenciana	España	Vejez frágil	Hija	Co-residencia	Universitarios	Media alta	Urbano
C058	Mari Carmen (pseud.)	Mujer	61	C. Valenciana	España	Vejez frágil	Hija	Co-residencia	Primarios	Media baja	Urbano
C060	Amparo (pseud.)	Mujer	52	C. Valenciana	España	Discapacidad	Madre	Co-residencia	Universitarios	Media baja	Urbano
C065	Marina (pseud.)	Mujer	48	C. Valenciana	España	Alzhéimer	Hija	Co-residencia	Universitarios	Media baja	Rural
C066	Miguel (pseud.)	Hombre	64	C. Valenciana	España	Vejez frágil	Hijo	Residencialidad próxima	Universitarios	Media alta	Urbano
C073	Loinaz (pseud.)	Mujer	58	Castilla-La Mancha	España	Vejez frágil	Hija	Residencialidad próxima	Universitarios	Media alta	Urbano
C078	Nina (pseud.)	Mujer	57	Castilla y León	España	Vejez frágil	Hija	Co-residencia	Universitarios	Media alta	Urbano
C081	Alonso (pseud.)	Hombre	42	Madrid	España	Discapacidad	Hijo	Co-residencia	Primarios	Baja	Urbano
C086	Sònia (pseud.)	Mujer	41	Cataluña	España	Discapacidad	Otros	Otros	Universitarios	-	Urbano

[1] Clase social autopercibida.

C086	Serena (pseud.)	Mujer	47	Cataluña	España	Discapacidad	Otros	Otros	Universitarios	-	Urbano
C095	Berta (pseud.)	Mujer	59	Cataluña	España	Enfermedad	Nuera	Co-residencia	Universitarios	Media alta	Urbano
C126	Carlota (pseud.)	Mujer	39	Andalucía	España	Vejez frágil	Nuera	Co-residencia	Primarios	Media alta	Rural
C128	Concha (pseud.)	Mujer	54	Cataluña	España	Enfermedad	Hija	Co-residencia	Universitarios	Media baja	Urbano
C129	Angélica (pseud.)	Mujer	55	Andalucía	España	Vejez frágil	Hija	Co-residencia	Secundarios	Media baja	Urbano
C131	Asha (pseud.)	Mujer	46	Cataluña	España	Alzhéimer	Hija	Residencialidad próxima	Primarios	Media baja	Rural
C153	Encarni (pseud.)	Mujer	72	Andalucía	Marruecos	Vejez frágil	Hija	Co-residencia	Primarios	Baja	Urbano
C157	Mari (pseud.)	Mujer	41	Andalucía	España	Enfermedad	Esposa	Co-residencia	Primarios	Baja	Urbano
C160	Manoli (pseud.)	Mujer	52	Andalucía	España	Alzhéimer	Hija	Residencialidad próxima	Primarios	Baja	Rural
C161	Josefina (pseud.)	Mujer	51	Andalucía	España	Vejez frágil	Nuera	Co-residencia	Primarios	Baja	Rural
C177	Assumpta (pseud.)	Mujer	62	Cataluña	España	Vejez frágil	Hija	Residencialidad próxima	Secundarios	Media baja	Rural
C204	Pablo (pseud.)	Hombre	53	Andalucía	España	Vejez frágil	Hijo	Institución residencial	Universitarios	Media alta	Urbano
C210	Dolores (pseud.)	Mujer	58	Andalucía	España	Vejez frágil	Hija	Residencialidad próxima	Primarios	Baja	Rural
C211	Jacinta (pseud.)	Mujer	60	Andalucía	España	Alzhéimer	Hija	Residencialidad próxima	Primarios	Media baja	Rural
C216	Lucía (pseud.)	Mujer	49	Andalucía	España	Vejez frágil	Hija	Institución residencial	Universitarios	Media alta	Urbano
C217	Marta (pseud.)	Mujer	60	Cataluña	España	Alzhéimer	Hija	Institución residencial	Secundarios	Media alta	Urbano
C262	Amal (pseud.)	Mujer	24	Cataluña	España	Vejez frágil	Hija	Co-residencia	Universitarios	Media baja	Rural
C266	Karim (pseud.)	Hombre	30	Cataluña	Marruecos	Vejez frágil	Hijo	Residencialidad próxima	Universitarios	Media baja	Urbano
C271	Noemí (pseud.)	Mujer	48	Madrid	España	Vejez frágil	Hija	Residencialidad próxima	-	Media baja	Urbano

C272	Soledad (pseud.)	Mujer	22	Madrid	España	Alzhéimer	Hija	Residencialidad próxima	Universitarios	Media baja	Urbano
C314	Cristina (pseud.)	Mujer	67	Cataluña	España	Vejez frágil	Esposa	Institución residencial	Secundarios	Media alta	Urbano
C338	Vicente (pseud.)	Hombre	71	C. Valenciana	España	Alzhéimer	Esposo	Co-residencia	Primarios	Media baja	Rural
C339	Juan (pseud.)	Hombre	74	C. Valenciana	España	Enfermedad	Esposo	Co-residencia	Primarios	Media baja	Rural
C340	Toni (pseud.)	Hombre	65	C. Valenciana	España	Enfermedad	Esposo	Co-residencia	Primarios	Media baja	Rural
C341	Javier (pseud.)	Hombre	61	C. Valenciana	España	Enfermedad	Esposo	Co-residencia	Secundarios	Media baja	Rural
C342	Miguel (pseud.)	Hombre	74	C. Valenciana	España	Enfermedad	Esposo	Co-residencia	Primarios	Media baja	Rural
C343	Milagros (pseud.)	Mujer	72	C. Valenciana	España	Enfermedad	Madre	Co-residencia	Primarios	Media baja	Urbano

Tabla A.1.4. Capítulo 3. Trabajadoras en servicios de cuidados. Participantes en las entrevistas

Entrevista	Nombre	Sexo	Edad	Comunidad autónoma	Origen	Cargo o función
C004	Eulàlia (pseud.)	Mujer	46	Cataluña	España	Responsable de entidad gestora de asistencia personal
C005	Mercè (pseud.)	Mujer	67	Cataluña	España	Receptora de cuidados de asistencia personal
C006	Candela (pseud.)	Mujer	55	Cataluña	España	Trabajadora familiar
C007	Mercedes (pseud.)	Mujer	55	Cataluña	Cuba	Trabajadora familiar
C008	Helena (pseud.)	Mujer	46	Cataluña	España	Trabajadora familiar
C009	Maribel (pseud.)	Mujer	53	Cataluña	España	Trabajadora familiar
C010	Pedro (pseud.)	Hombre	37	Cataluña	España	Director de empresa gestora de SAD
C010	Adriana (pseud.)	Mujer	34	Cataluña	España	Coordinadora de SAD
C012	Ester Quintana	Mujer	-	Cataluña	España	Responsable de atención social para personas mayores del Instituto Municipal de Servicios Sociales de Barcelona
C018	Luciana (pseud.)	Mujer	45	Cataluña	Colombia	Asistente personal
C019	Pere (pseud.)	Hombre	38	Cataluña	España	Asistente personal
C020	Vicenç (pseud.)	Hombre	57	Cataluña	España	Asistente personal
C021	Antonio (pseud.)	Hombre	60	Cataluña	España	Receptor de cuidados de asistencia personal
C022	Karla (pseud.)	Mujer	28	Cataluña	Honduras	Asistente personal
C023	Daniela (pseud.)	Mujer	31	Cataluña	Chile	Asistente personal
C025	Lidia (pseud.)	Mujer	46	Cataluña	España	Gerente de empresa gestora de SAD
C026	Neus (pseud.)	Mujer	43	Cataluña	España	Directora de entidad gestora de SAD
C028	María Fernanda (pseud.)	Mujer	31	Cataluña	Ecuador	Asistente personal
C029	Valentina (pseud.)	Mujer	48	Cataluña	Argentina	Asistente personal
C030	Iñaki Martínez	Hombre	43	Cataluña	España	Presidente de la Asociación de Profesionales de la Asistencia Personal
C031	Rita (pseud.)	Mujer	38	Cataluña	España	Coordinadora de SAD
C035	Ramón Lamiel	Hombre	-	Cataluña	España	Gerente del Instituto Municipal de Personas con Discapacidad de Barcelona

C036	Anna (pseud.)	Mujer	59	Cataluña	España	Gerente de centro de día privado y entidad gestora de SAD
C044	Raquel (pseud.)	Mujer	54	Cataluña	España	Coordinadora de SAD
C047	Patricio (pseud.)	Hombre	46	R. de Murcia	España	Gerente de centro de día privado y entidad gestora de SAD
C048	Marina (pseud.)	Mujer	42	R. de Murcia	España	Auxiliar de ayuda a domicilio
C049	Natividad (pseud.)	Mujer	28	R. de Murcia	España	Auxiliar de ayuda a domicilio
C051	Jaume Salmeron	Hombre	41	Cataluña	España	Concejal del área de atención y servicios a las personas del Ayuntamiento de Arbúcies
C052	Luz (pseud.)	Mujer	39	Andalucía	España	Trabajadora social de servicios sociales básicos
C053	Pepe (pseud.)	Hombre	39	Andalucía	España	Coordinador de SAD
C061	Inma (pseud.)	Mujer	-	Andalucía	España	Trabajadora social de servicios sociales básicos
C062	Alfredo (pseud.)	Hombre	63	Castilla-La Mancha	España	Director de centro de día privado
C064	Ángela (pseud.)	Mujer	46	Castilla-La Mancha	España	Auxiliar de ayuda a domicilio
C067	Estela (pseud.)	Mujer	58	Cataluña	Colombia	Trabajadora familiar
C068	Karina (pseud.)	Mujer	40	Andalucía	Rumanía	Auxiliar de ayuda a domicilio
C090	Bárbara (pseud.)	Mujer	48	Aragón	España	Auxiliar de ayuda a domicilio
C091	Amalia (pseud.)	Mujer	51	Aragón	España	Trabajadora social de servicios sociales básicos
C092	Venancio (pseud.)	Hombre	52	R. de Murcia	España	Gerente de centro de día privado
C093	Paulina (pseud.)	Mujer	35	Aragón	España	Coordinadora de centro de día público
C104	Ana (pseud.)	Mujer	46	Aragón	España	Directora de centro de día privado
C108	Alejandra (pseud.)	Mujer	54	Aragón	España	Auxiliar de ayuda a domicilio
C109	Angélica Mazo	Mujer	42	Aragón	España	Secretaria del Sector Servicios a la Comunidad y Sector Servicios Sociales de la Federación de Empleados de Servicios Públicos (UGT de Aragón)
C120	María Jesús Costa	Mujer	50	Cataluña	España	Coordinadora de Atención a las personas mayores. Instituto Municipal de Servicios Sociales de Tarragona
C121	Sonia (pseud.)	Mujer	36	Cataluña	España	Director de entidad gestora de SAD
C121	Josep (pseud.)	Hombre	46	Cataluña	España	Coordinadora de SAD

C134	Joaquín Santos	Hombre	57	Aragón	España	Gerente del Instituto Aragonés de Servicios Sociales
C143	Patsi (pseud.)	Hombre	46	Cataluña	España	Coordinador de servicios sociales
C145	Lluís Torrens	Hombre	-	Cataluña	España	Director de innovación social del Ayuntamiento de Barcelona
C148	María Jesús Sereno	Mujer	55	Cataluña	España	Coordinadora del Sector de Atención Domiciliaria (CCOO)
C151	Blanca (pseud.)	Mujer	36	Andalucía	España	Trabajadora social de servicios sociales básicos
C155	María Teresa (pseud.)	Mujer	57	Andalucía	España	Directora de servicios sociales básicos
C157	Mari (pseud.)	Mujer	41	Andalucía	España	Auxiliar de ayuda a domicilio
C174	Víctor (pseud.)	Hombre	55	Andalucía	España	Director de servicios sociales básicos
C183	Adela (pseud.)	Mujer	44	Cataluña	España	Trabajadora social de servicios sociales básicos
C188	Maia (pseud.)	Mujer	-	Cataluña	España	Activista de la Plataforma SAD Catalunya
C190	Carmen (pseud.)	Mujer	57	Andalucía	España	Directora de servicios sociales básicos
C191	Silvia (pseud.)	Mujer	40	Andalucía	España	Directora de centro de día y de noche privados
C193	Miguel (pseud.)	Hombre	45	Andalucía	España	Auxiliar de ayuda a domicilio
C203	Clara (pseud.)	Mujer	-	País Vasco	España	Socia y fundadora de la Cooperativa de servicios de atención domiciliaria Babel
C215	Mayte Sancho	Mujer	-	Madrid	España	Asesora de Matia Fundazioa
C239	Mariona (pseud.)	Mujer	48	Cataluña	España	Responsable de empresa pública gestora de SAD
C241	José Manuel Ramírez	Hombre	58	Andalucía	España	Presidente de la Asociación de Directoras y Gerentes de Servicios Sociales
C285	Mariana (pseud.)	Mujer	43	Aragón	Colombia	Auxiliar de ayuda a domicilio
C287	Claudia (pseud.)	Mujer	33	Aragón	España	Trabajadora social de servicios sociales básicos
C291	Paquita Morata	Mujer	50	Aragón	España	Gerente de la Asociación Aragonesa para la Dependencia
C293	Arturo (pseud.)	Hombre	-	Cataluña	España	Coordinador de servicios sociales básicos
C293	Estel (pseud.)	Mujer	-	Cataluña	España	Responsable de servicios sociales
C294	Rosa (pseud.)	Mujer	-	Cataluña	España	Responsable de servicios sociales
C294	Agnès (pseud.)	Mujer	-	Cataluña	España	Coordinadora de servicios sociales básicos

C306	Lisa (pseud.)	Mujer	-	País Vasco	España	Presidenta de la Cooperativa de servicios de atención domiciliaria y auxiliar de ayuda a domicilio
C316	Elena (pseud.)	Mujer	36	Cataluña	España	Activista del Movimiento de Vida Independiente

Tablas A.1.5. Capítulo 4. Residencias. Participantes en las entrevistas

Entrevista	Nombre	Sexo	Edad	Comunidad autónoma	Origen	Tipo de entrevistada/o	Tipo residencia (titularidad)	Actividad o cargo
C001	Damián (pseud.)	Hombre	22	Cataluña	España	Trabajador	Pública autonómica (72 plazas)	Gerocultor
C011	Antonia (pseud.)	Mujer	37	Cataluña	España	Directoras y gerentes	Pública local (50 plazas y 30 viviendas)	Directora
C011	Mar (pseud.)	Mujer	36	Cataluña	España	Directoras y gerentes	Pública local (50 plazas y 30 viviendas)	Fisioterapeuta (apoyo a la directora en la pandemia)
C012	Ester Quintana	Mujer	-	Cataluña	España	Técnica de administración	Pública local (4 residencias)	Responsable de atención social para personas mayores del Instituto Municipal de Servicios Sociales de Barcelona
C013	Maria (pseud.)	Mujer	58	Cataluña	España	Trabajadora	Pública local (55 plazas)	Gerocultora
C017	Nerea (pseud.)	Mujer	39	Cataluña	Chile	Trabajadora	Privada-tercer sector (110 plazas)	Gerocultora
C024	Carme (pseud.)	Mujer	45	Cataluña	España	Directoras y gerentes	Pública local (137 plazas)	Directora
C024	Lidia (pseud.)	Mujer	46	Cataluña	España	Directoras y gerentes	Pública local (137 plazas)	Gestora de la empresa concesionaria
C027	Cinta Pascual	Mujer	48	Cataluña	España	Patronales	-	Presidenta del Círculo Empresarial de Atención a las personas (CEAP) y presidenta de la Associació Catalana Recursos Assistencials (ACRA)
C033	Rafaella (pseud.)	Mujer	45	Cataluña	España	Trabajadora	Privada (40 plazas)	Limpiadora
C034	Raquel (pseud.)	Mujer	51	País Vasco	España	Trabajadora	Pública provincial (100 plazas)	Auxiliar de enfermería
C035	Ramón Lamiel	Hombre	-	Cataluña	España	Técnico de administración	Pública local	Gerente del Instituto Municipal de Personas con Discapacidad (IMPD)
C045	Carmen (pseud.)	Mujer	52	C. F. de Navarra	España	Trabajadora	Pública provincial (50 plazas)	Gerocultora
C050	José (pseud.)	Hombre	48	Cataluña	Colombia	Trabajador	Privada-tercer sector (110 plazas)	Gerocultor
C054	David (pseud.)	Hombre	51	Cataluña	España	Directoras y gerentes	Privada-tercer sector (165 plazas)	Director

C057	Sonia (pseud.)	Mujer	53	Cataluña	España	Trabajadora	Privada (93 plazas)	Médica
C059	Pedro Casas	Hombre	68	Madrid	España	Asociaciones familiares	-	Plataforma de Trabajador@s y Vecinos por la Remunicipalización y Gestión Directa de los SS.PP. de Madrid
C062	Alfredo (pseud.)	Hombre	63	Castilla-La Mancha	España	Directoras y gerentes	Privada (45 plazas)	Director
C063	Ángel (pseud.)	Hombre	29	Castilla-La Mancha	España	Trabajador	Privada (45 plazas)	Enfermero
C064	Ángela (pseud.)	Mujer	46	Castilla-La Mancha	España	Trabajadora	Pública (200 plazas)	Auxiliar de enfermería
C070	Irati (pseud.)	Mujer	37	País Vasco	España	Trabajadora	Privada (23 plazas)	Gerocultora
C071	Alexa (pseud.)	Mujer	31	Cataluña	España	Trabajadora	Privada (70 plazas)	Trabajadora social
C072	Fernando (pseud.)	Hombre	35	Madrid	España	Trabajador	Privada (180 plazas)	Gerocultor
C075	Julia (pseud.)	Mujer	27	País Vasco	España	Trabajadora	Privada (59 plazas)	Enfermera
C079	Guillermina (pseud.)	Mujer	52	Cataluña	España	Directoras y gerentes	Privada (312 plazas)	Directora
C101	Sara (pseud.)	Mujer	55	Cataluña	España	Directoras y gerentes	Privada-tercer sector (58 plazas)	Directora
C102	Rita (pseud.)	Mujer	21	Cataluña	España	Trabajadora	Privada-tercer sector (58 plazas)	Gerocultora
C102	Nabila (pseud.)	Mujer	29	Cataluña	Sáhara	Trabajadora	Privada-tercer sector (58 plazas)	Gerocultora
C103	Alma (pseud.)	Mujer	40	Cataluña	España	Trabajadora	Privada-tercer sector (58 plazas)	Fisioterapeuta
C103	Lluna (pseud.)	Mujer	53	Cataluña	España	Trabajadora	Privada-tercer sector (58 plazas)	Recepcionista
C109	Angélica Mazo	Mujer	44	Aragón	España	Sindicatos	-	Secretaria del sector Servicios Sociales y de Servicios a la Comunidad (UGT de Aragón)
C127	Montserrat Sedó	Mujer	-	Cataluña	España	Sindicatos	-	Federación de Sanidad (CCOO)
C130	Mari-Luz (pseud.)	Mujer	53	Cataluña	Colombia	Trabajadora	Privada (312 plazas)	Limpiadora

C142	Enriqueta Durán	Mujer	63	Cataluña	España	Sindicatos	-	Secretaria de Políticas Sociales (UGT de Cataluña)
C146	Marta (pseud.)	Mujer	30	País Vasco	España	Trabajadora	Privada-tercer sector (80 plazas)	Enfermera
C147	María Carvalho Dantas	Mujer	51	Cataluña	España	Representantes políticos	-	Diputada del Congreso de los Diputados (ERC)
C154	Sonia Guerra	Mujer	43	-	España	Representantes políticos	-	Diputada del Congreso de los Diputados (PSC-PSOE)
C152	Teresa (pseud.)	Mujer	59	Andalucía	España	Trabajadora	Pública provincial (121 plazas)	Trabajadora social
C168	Vivian (pseud.)	Mujer	64	Cataluña	Perú	Trabajadora	Pública local (66 plazas)	Gerocultora
C169	Lina (pseud.)	Mujer	60	Cataluña	Ecuador	Trabajadora	Pública local (66 plazas)	Gerocultora
C170	Fernando Fantova	Hombre	60	País Vasco	España	Profesionales	-	Consultor y ex viceconsejero de Asuntos Sociales del Gobierno Vasco
C171	Rodrigo (pseud.)	Hombre	50	Madrid	España	Directoras y gerentes	Privada (42 residencias de 180 plazas)	Director de Comunicación
C175	Juana (pseud.)	Mujer	48	Madrid	España	Trabajadora	Privada-tercer sector (22 plazas)	Auxiliar de enfermería
C176	Rosa (pseud.)	Mujer	27	Madrid	España	Trabajadora	Privada-tercer sector (20 plazas)	Auxiliarde enfermería
C181	Aina (pseud.)	Mujer	26	Cataluña	España	Trabajadora	Privada-tercer sector (25 plazas)	Trabajadora social
C182	Marta Ribas	Mujer	45	Cataluña	España	Representantes políticos	-	Diputada del Paralment de Catalunya (En Comú-Podem)
C184	Júlia Montserrat	Mujer	-	Cataluña	España	Profesionales	-	Consultora e investigadora
C187	Jonatan (pseud.)	Hombre	34	Cataluña	España	Trabajador	Privada (149 plazas)	Gerocultor
C187	Paulina (pseud.)	Mujer	55	Cataluña	España	Trabajadora	Pública autonómica (72 plazas)	Gerocultora
C189	Pilar Rodríguez	Mujer	65	Cataluña	España	Profesionales	-	Fundación Pilares
C196	Ramona	Mujer	52	Cataluña	España	Directoras y gerentes	Pública autonómica (94 plazas)	Directora

C197	Lara (pseud.)	Mujer	60	Madrid	España	Asociaciones familiares	-	Marea de Residencias
C198	José Mª Toro	Hombre	45	Madrid	España	Patronales	-	Secretario del Círculo Empresarial de Atención a las Personas (CEAP) y presidente de la Asociación Empresarial de Residencias y Servicios a Personas Dependientes de la Comunidad Valenciana (AERTE)
C201	Joan (pseud.)	Hombre	55	Cataluña	España	Directoras y gerentes	Pública autonómica (165 plazas)	Director
C206	Santi Rodríguez	Hombre	56	Cataluña	España	Representantes políticos	-	Diputado del Parlament de Catalunya (PPC)
C207	Paloma (pseud.)	Mujer	42	Cataluña	España	Trabajadora	Pública local (30 plazas)	Trabajadora social
C212	Concepción (pseud.)	Mujer	55	Madrid	España	Directoras y gerentes	Pública local (105 plazas)	Directora
C213	Telma (pseud.)	Mujer	63	Madrid	España	Directoras y gerentes	Pública local (63 plazas)	Directora
C214	Carla (pseud.)	Mujer	33	Madrid	España	Trabajadora	Privada (95 plazas)	Animadora sociocultural
C215	Mayte Sancho	Mujer	-	Madrid	España	Profesionales	-	Asesora de Matia Fundazioa
C217	Marta Torruella	Mujer	60	Cataluña	España	Asociaciones familiares	-	Asociación de Cuidadores Familiares de Barcelona
C222	Raúl Moreno	Hombre	45	Cataluña	España	Representantes políticos	-	Diputado del Paralament de Catalunya (PSC)
C227	Vanesa	Mujer	45	Madrid	España	Directoras y gerentes	Privada-tercer sector (23 plazas y 4 viviendas)	Directora
C228	Emilia Jiménez	Mujer	-	C. Valenciana	España	Técnica de administración	Pública local (9 complejos de viviendas)	Trabajadora social área de dependencia del Ajuntament de Picanya
C231	Rocío (pseud.)	Mujer	46	Madrid	España	Trabajadora	Pública autonómica (460plazas)	Auxiliar de limpieza
C232	Alicia (pseud.)	Mujer	52	Madrid	España	Trabajadora	Pública autonómica (460 plazas)	Auxiliar de limpieza
C232	Pili (pseud.)	Mujer	62	Madrid	España	Trabajadora	Pública autonómica (460 plazas)	Auxiliar de limpieza

C234	María José (pseud.)	Mujer	62	Madrid	España	Trabajadora	Privada (160 plazas)	Auxiliar de limpieza
C235	Karen (pseud.)	Mujer	41	Madrid	Colombia	Trabajadora	Privada (54 plazas)	Gerocultora
C236	Vidal Aragonés	Hombre	42	Cataluña	España	Representantes políticos	-	Diputado del Parlament de Catalunya (CUP)
C237	Beatriz (pseud.)	Mujer	40	Madrid	España	Directoras y gerentes	Privada (75 plazas)	Directora
C238	Sarai (pseud.)	Mujer	-	País Vasco	España	Trabajadora	Privada-tercer sector (302 plazas)	Psicóloga
C240	Purificación Casaupié	Mujer	-	Madrid	España	Representantes políticos	-	Diputada de la Asamblea de Madrid (PSOE)
C241	José Manuel Ramírez	Hombre	58	Andalucía	España	Profesionales	-	Asociación de Directoras y Gerentes de Servicios Sociales-ADGSS
C242	Jasone (pseud.)	Mujer	32	País Vasco	España	Sindicatos	-	Área Sociosanitaria de Euskal Sindikatua (ELA)
C243	Izaskun Duque Santacoloma	Mujer	39	País Vasco	España	Representantes políticos	-	Juntera de la Junta de Bizkaia (EH Bildu)
C249	Ángel Juárez	Hombre	65	Cataluña	España	Asociaciones familiares	-	Plataforma de Afectados por Coronavirus
C250	Ainara (pseud.)	Mujer	47	País Vasco	España	Sindicatos	-	Delegada sindical de Residencia de Euskal Sindikatua (ELA)
C251	Alba (pseud.)	Mujer	37	País Vasco	España	Trabajadora	Privada-tercer sector (92 plazas)	Educadora social
C252	Concha (pseud.)	Mujer	49	País Vasco	España	Directoras y gerentes	Privada-tercer sector (80 plazas)	Directora
C253	Eba (pseud.)	Mujer	-	País Vasco	España	Directoras y gerentes	Privada-tercer sector (145 plazas)	Directora
C254	Efrén (pseud.)	Hombre	62	País Vasco	España	Asociaciones familiares	-	Babestu Elkartea
C255	Federico (pseud.)	Hombre	47	País Vasco	España	Directoras y gerentes	Privada-tercer sector (92 plazas)	Director
C255	Soraya (pseud.)	Mujer	57	País Vasco	España	Directoras y gerentes	Privada-tercer sector (92 plazas)	Directora

C256	Héctor Fernández	Hombre	34	País Vasco	España	Representantes políticos	-	Juntero de la Junta de Bizkaia (Elkarrekin Podemos)
C256	Eneritz de Madariaga	Mujer	43	País Vasco	España	Representantes políticos	-	Juntero de la Junta de Bizkaia (Elkarrekin Podemos)
C257	Juan (pseud.)	Hombre	39	País Vasco	España	Trabajador	Pública local (120 plazas)	Enfermera/o
C258	Jone Bengoetxea Epelde	Hombre	42	País Vasco	España	Sindicatos	-	Área de Género de Euskal Sindikatua (ELA)
C259	Ruth (pseud.)	Mujer	-	País Vasco	España	Directoras y gerentes	Privada-tercer sector (9 residencias)	Responsable de Cultura y Liderazgo
C267	María José Carcelén	Mujer	62	Cataluña	España	Asociaciones familiares	-	Coordinadorade Residencias 5+1
C268	Manuel (pseud.)	Hombre	62	Cataluña	España	Asociaciones familiares	-	Marea de Residencias
C269	Ignasi (pseud.)	Hombre	50	Cataluña	España	Directoras y gerentes	Pública local (79 plazas)	Director
C270	Carmen López	Mujer	48	Madrid	España	Asociaciones familiares	-	Marea de Residencias
C271	Noemí (pseud.)	Mujer	48	Madrid	España	Asociaciones familiares	-	Marea de Residencias
C272	Soledad (pseud.)	Mujer	22	Madrid	España	Asociaciones familiares	-	Agrupación de Familiares Unión de Residencias de Leganés
C273	Paqui (pseud.)	Mujer	50	Madrid	España	Trabajadora	Pública autonómica (420 plazas)	Auxiliar de enfermería
C274	Imanol (pseud.)	Hombre	72	País Vasco	España	Asociaciones familiares	-	Pentsionistak Martxan
C275	Clara (pseud.)	Mujer	55	Madrid	España	Asociaciones familiares	-	Marea de Residencias
C276	Joseba (pseud.)	Hombre	64	País Vasco	España	Asociaciones familiares	-	Plataforma Irauli Zaintza
C277	Lola Muñoz	Mujer	52	Cataluña	España	Asociaciones familiares	-	Plataforma Els Estels Silenciats
C278	Gemma (pseud.)	Mujer	40	Cataluña	España	Asociaciones familiares	-	Grupo Familiar Residencia Mossèn Homs
C279	Marcos (pseud.)	Hombre	25	Cataluña	España	Asociaciones familiares	-	Grupo Familiar Residencia La Falguera
C280	Azahara Galera	Mujer	33	Cataluña	España	Asociaciones familiares	-	Grupo Familiar Residencia La Falguera

C281	Natalia (pseud.)	Mujer	50	Cataluña	España	Asociaciones familiares	-	Grupo Familiar Residencia La Falguera
C286	Jenny (pseud.)	Mujer	42	Cataluña	República Dominicana	Trabajadora	Pública autonómica (165 plazas)	Auxiliar de enfermería
C289	Ana (pseud.)	Mujer	50	Madrid	España	Trabajadora	Pública autonómica (400 plazas)	Terapeuta ocupacional
C290	Lily (pseud.)	Mujer	45	Madrid	Colombia	Trabajadora	Privada (82 plazas)	Responsable de equipo gerocultor
C295	Amaia (pseud.)	Mujer	31	País Vasco	España	Trabajadora	Privada-tercer sector (80 plazas)	Enfermera
C299	Estíbaliz (pseud.)	Mujer	51	País Vasco	España	Trabajadora	Privada-tercer sector (302 plazas)	Responsable limpieza
C301	Luis Barriga	Hombre	-	Madrid	España	Representantes políticos	-	Director del IMSERSO
C302	Carles Bretran	Hombre	-	Cataluña	España	Sindicatos	-	Centre d'Informació per a Treballadors Estrangers-CITE (CCOO)
C314	Cristina	Mujer	67	Cataluña	España	Asociaciones familiares	-	Asociación de Cuidadores Familiares de Barcelona
C318	Nacho Álvarez	Hombre	54	Madrid	España	Representantes políticos	-	Secretario de Estado en Derechos Sociales y Agenda 2030
C320	Joan Guix	Hombre	69	Cataluña	España	Técnico administración	-	Ex secretario de Salut Pública de Catalunya
C321	Margarita León	Mujer	-	Cataluña	España	Académica	-	Profesora en la Universitat Autònoma de Barcelona e investigadora en el Instituto de Gobierno y Políticas Públicas (IGOP)
C322	Eduardo Andrade	Hombre	51	País Vasco	España	Representantes políticos	-	Concejal Ayuntamiento Getxo, Juntero de la Junta de Bizkaia, Portavoz de Partido en Bizkaia (PP)
C323	Ander Rodríguez	Hombre	38	País Vasco	España	Representantes políticos	-	Parlamentario por EH Bildu en el Parlamento Vasco, Secretario de políticas sociales de EH Bildu
C324	Juan Otermin	Hombre	-	País Vasco	España	Representantes políticos	-	Juntero de la Junta de Bizkaia (PSE)

C325	María Pazos	Mujer	67	Madrid	España	Profesionales	-	Consultora y ex jefa de Estudios de Investigación del Instituto de Estudios Fiscales
C330	Maitane	Mujer	29	País Vasco	España	Sindicatos	-	Área Sociosanitaria de Euskal Sindikatua (ELA)
C332	Elena Coria	Mujer	49	País Vasco	España	Representantes políticos	-	Juntera de la Junta de Bizkaia (PNV)
C333	Ana Dávila Ponce de León	Mujer	-	Madrid	España	Representantes políticos	-	Diputada de la Asamblea de Madrid (PP)
C335	Argiñe (pseud.)	Mujer	47	País Vasco	España	Directoras y gerentes	Pública local (92 plazas y 14 viviendas)	Directora
C336	Eugenia (pseud.)	Mujer	50	Cataluña	España	Asociaciones familiares	-	Grupo Familiar Residencia La Falguera
C345	Aína Plaza	Mujer	-	Cataluña	España	Técnica administración	Públicas y privadas (97 plazas públicas y 1053 plazas privadas)	Directora General de l'Autonomia Personal i la Discapacitat, Generalitat de Catalunya

Tabla A.1.6. Capítulo 5. Trabajadoras de hogar y cuidados. Participantes en las entrevistas

Entrevista	Nombre	Sexo	Edad	Comunidad autónoma	Origen	Tipo entrevistada/o	Condición jurídico-administrativa	Condición de contratación	Actividad o institución
C002	Rihanna (pseud.)	Mujer	47	Cataluña	Moldavia	Trabajadora - externa	Regular	Sin contrato	-
C003	Marla (pseud.)	Mujer	40	Cataluña	Honduras	Trabajadora - interna	Regular	Con contrato	-
C014	Remedios (pseud.)	Mujer	35	Cataluña	Honduras	Trabajadora - interna	Irregular	Sin contrato	-
C015	Ondina (pseud.)	Mujer	33	Cataluña	Honduras	Trabajadorainterna	Regular	Con contrato/sin contrato	-
C016	Pina (pseud.)	Mujer	47	Cataluña	España	Trabajadora - externa	-	Sin contrato	-
C043	Marisol (pseud.)	Mujer	48	Cataluña	Bolivia	Trabajadora - externa	Regular	Sin contrato	-
C074	Nagore (pseud.)	Mujer	-	País Vasco	España	Asociación	-	-	Asociación de apoyo a personas migradas
C076	Luana (pseud.)	Mujer	48	Cataluña	Perú	Trabajadora - externa	Irregular	Sin contrato	-
C077	Patricia (pseud.)	Mujer	49	Cataluña	Perú	Trabajadora - interna	Solicitante asilo	Sin contrato	-
C082	Clarisa (pseud.)	Mujer	33	Galicia	Honduras	Trabajadora - interna	Regular	Sin contrato	-
C087	Alicia (pseud.)	Mujer	52	Aragón	Colombia	Trabajadora - interna	Solicitante asilo	Sin contrato	-
C088	Débora (pseud.)	Mujer	32	Aragón	Honduras	Trabajadora - externa	Solicitante asilo	Con contrato	-
C089	Mercedes (pseud.)	Mujer	28	País Vasco	Honduras	Trabajadora - interna	Irregular	Sin contrato	-
C094	Guadalupe (pseud.)	Mujer	60	País Vasco	El Salvador	Trabajadora - externa	Regular	Sin contrato	-
C099	Mélida (pseud.)	Mujer	50	País Vasco	Ecuador	Cooperativa/Asociación	-	-	Promotora de la Cooperativa SINA y fundadora de la asociación EMF-sociosanitarias
C106	Esperanza (pseud.)	Mujer	32	País Vasco	Colombia	Trabajadora - interna	Regular	Con contrato	-
C107	Edelmira (pseud.)	Mujer	45	País Vasco	El Salvador	Trabajadora - interna	Irregular	-	-

C110	Yazira (pseud.)	Mujer	43	País Vasco	Venezuela	Trabajadora - externa	Regular	Con contrato	-
C111	Amparo (pseud.)	Mujer	63	País Vasco	España	Trabajadora - externa	-	Con contrato	-
C112	Agurtzane (pseud.)	Mujer	29	País Vasco	España	Trabajadora - externa	-	-	-
C113	Malena (pseud.)	Mujer	52	País Vasco	Honduras	Trabajadora - interna	Irregular	Sin contrato	-
C114	Úrsula (pseud.)	Mujer	28	País Vasco	Nicaragua	Trabajadora - externa	Irregular	Sin contrato	-
C115	Amelia (pseud.)	Mujer	48	País Vasco	Nicaragua	Trabajadora - externa	Regular	Con contrato	-
C119	Betty (pseud.)	Mujer	28	País Vasco	R. Democrática del Congo	Trabajadora - externa	Regular	Sin contrato	-
C122	Maribel (pseud.)	Mujer	51	Galicia	Venezuela	Trabajadora - externa	Irregular	Sin contrato	-
C123	Claudia (pseud.)	Mujer	-	País Vasco	España	Fundación	-	-	Técnica de Torre de Babel, Fundación Ellacuría
C124	Jenifer (pseud.)	Mujer	48	País Vasco	Nicaragua	Trabajadora - interna	Regular	Con contrato	-
C125	Aurora Huerga	Mujer	-	Cataluña	España	Sindicato	-	-	Secretaria General de la Federación de Construcción y Servicios a la Ciudadanía (CCOO)
C132	Laura (pseud.)	Mujer	60	Aragón	Honduras	Trabajadora - interna	Regular	Con contrato	-
C133	María Soledad Ruberte	Mujer	44	Aragón	España	Sindicato/Asociacón	-	-	Área de Empleo de la Unión Sindical Obrera-USO, y fundadora de la Asociación de Trabajadoras del Hogar y los Cuidados de Zaragoza
C135	Mara (pseud.)	Mujer	32	Aragón	Nicaragua	Trabajadora - interna	Irregular	Sin contrato	-
C136	Graciela (pseud.)	Mujer	51	Aragón	Ecuador	Trabajadora - externa	Regular	Con contrato	-
C137	Toñi (pseud.)	Mujer	55	Andalucía	España	Trabajadora - externa	-	Sin contrato	-
C149	Elvira (pseud.)	Mujer	27	Galicia	Paraguay	Trabajadora - externa	Irregular	Sin contrato	-
C156	Nina (pseud.)	Mujer	41	C. Valenciana	Rumania	Trabajadora - externa	Regular	Sin contrato	-
C165	Teresa (pseud.)	Mujer	-	Galicia	España	Asociación	-	-	Portavoz de la Asociación XIARA de empleadas de hogar

C166	Carolina García	Mujer	45	Aragón	El Salvador	Asociación	-	-	Presidenta de la Asociación de Trabajadoras del Hogar y los Cuidados de Zaragoza
C167	Inés (pseud.)	Mujer	52	Aragón	Honduras	Trabajadora- externa	Irregular	Sin contrato	-
C172	Elena (pseud.)	Mujer	41	Galicia	Venezuela	Trabajadora - externa	Regular	Sin contrato	-
C173	Doris (pseud.)	Mujer	57	C. Valenciana	Rumania	Trabajadora - externa	Regular	Con contrato	-
C185	Desiré (pseud.)	Mujer	37	Cataluña	Bolivia	Trabajadora - externa	Irregular	Sin contrato	-
C186	Diana (pseud.)	Mujer	40	Cataluña	Colombia	Trabajadora - interna	Solicitante asilo	Sin contrato	-
C194	Sandra (pseud.)	Mujer	45	Andalucía	Argentina	Personas expertas/Asociación	-	-	Miembro de Estudios y Cooperación para el Desarrollo (ESCODE), y de la Red de Mujeres Latinoamericanas y del Caribe
C195	Irisa (pseud.)	Mujer	40	Cataluña	España	Asociación	-	-	Plan Comunitario Sagrada Familia
C202	Ángeles Ferreño	Mujer	-	Galicia	España	Agente intermediario	-	-	Centro Hogar Cáritas
C203	Clara (pseud.)	Mujer	-	País Vasco	Honduras	Cooperativa	-	-	Socia y fundadora de la Cooperativa de servicios de atención domiciliaria Babel
C205	Lucía (pseud.)	Mujer	50	Andalucía	España	Trabajadora - externa	-	Con contrato/ sin contrato	-
C208	Pamela (pseud.)	Mujer	49	Aragón	España	Fundación	-	-	Responsable del proyecto destinado a trabajadoras de hogar, Fundación Familias Unidas
C209	Daniela (pseud.)	Mujer	33	Aragón	Colombia	Asociación			Miembro de la Asociación de Trabajadoras del Hogar y los Cuidados de Zaragoza
C218	Belén Navarro	Mujer	29	Madrid	España	Sindicato	-	-	Impulsora del Sindicato de Trabajadoras del Hogar (SINTRAHOCU)
C219	Edith Espínola	Mujer	-	Madrid	Paraguay	Asociación	-	-	Portavoz y secretaria de la Asociación Servicio Doméstico Activo (SEDOAC), y portavoz del movimiento Regularización Ya

C220	Graciela Gallego	Mujer	53	Madrid	Colombia	Asociación/Sindicato	-	-	Ex presidenta de la Asociación Servicio Doméstico Activo (SEDOAC), e impulsora del Sindicato de Trabajadoras del Hogar (SINTRAHOCU)
C221	Rosi (pseud.)	Mujer	48	Cataluña	España	Trabajadora - externa	-	Con contrato/sin contrato	-
C225	Carolina Elías	Mujer	-	Madrid	El Salvador	Asociación	-	-	Presidenta de la Asociación Servicio Doméstico Activo (SEDOAC)
C226	Rafaela Pimentel	Mujer	60	Madrid	R. Dominicana	Asociación/Sindicato	-	-	Impulsora de Territorio Doméstico y del Sindicato de Trabajadoras del Hogar (SINTRAHOCU)
C233	Jessica (pseud.)	Mujer	41	Cataluña	R. Dominicana	Trabajadora - interna	Solicitante asilo	Sin contrato	-
C244	Carmen Juares	Mujer	34	Cataluña	Honduras	Asociación	-	-	Impulsora de la Asociación Mujeres Migrantes Diversas
C263	Nadia (pseud.)	Mujer	55	Castilla-La Mancha	Marruecos	Trabajadora del hogar interna	Regular	Con contrato	-
C265	Alejandra (pseud.)	Mujer	41	Cataluña	Argentina	Asociación	-	-	Responsable del proyecto Sorela y de la asociación Europa Sense Murs
C265	Micaela (pseud.)	Mujer	40	Cataluña	Argentina	Asociación	-	-	Responsable del proyecto Sorela y de la asociación Europa Sense Murs
C282	Rosa (pseud.)	Mujer	38	Castilla-La Mancha	Venezuela	Trabajadora - externa	-	Sin contrato	-
C296	Roberta (pseud.)	Mujer	50	Cataluña	Ecuador	Sindicato		-	Impulsora de Sindillar/Sindihogar
C297	Joaquina (pseud.)	Mujer	67	Andalucía	España	Trabajadora - externa	-	-	-
C302	Carles Bertran	Hombre	-	Cataluña	España	Sindicato	-	-	Responsable del Centre d'Informació per a Treballadors Estrangers-CITE (CCOO)

C303	Fany Galeas	Mujer	30	Cataluña	Honduras	Sindicato			Responsable del ámbito de Trabajo de hogar y cuidados (CCOO)
C304	Belén García	Mujer	50	Cataluña	España	Agente intermediario	-	-	Responsable de la Coordinadora sociolaboral Anem per feina
C304	Pedro Moreno	Hombre	-	Cataluña	España	Agente intermediario	-	-	Responsable de la Coordinadora sociolaboral Anem per feina
C305	Claudia (pseud.)	Mujer	-	Cataluña	Chile	Asociación/Cooperativa	-	-	Miembro de la asociación Mujeres Pa'lante, y responsable de la Cooperativa Mujeres Pa'lante
C306	Lisa (pseud.)	Mujer	-	País Vasco	Bolivia	Cooperativa	-	-	Socia y Presidenta de la Cooperativa de servicios de atención domiciliaria Maitelan
C307	Delia (pseud.)	Mujer	23	Cataluña	Honduras	Trabajadora - externa	Irregular	Sin contrato	-
C308	Deisy (pseud.)	Mujer	32	Cataluña	Perú	Trabajadora - externa	Irregular	Sin contrato	-
C309	Elba (pseud.)	Mujer	-	Cataluña	Perú	Trabajadora - externa	Solicitante asilo	Sin contrato	-
C310	Eloisa (pseud.)	Mujer	53	Cataluña	Colombia	Trabajadora - interna	Regular	Sin contrato	-
C311	Fernanda (pseud.)	Mujer	43	Cataluña	Nicaragua	Trabajadora - interna	Irregular	Sin contrato	-
C312	Norma (pseud.)	Mujer	52	Cataluña	Honduras	Trabajadora - externa	Irregular	Sin contrato	-
C313	Yamileth (pseud.)	Mujer	38	Cataluña	Perú	Trabajadora - interna	Irregular	Sin contrato	-
C326	Marisa (pseud.)	Mujer	58	Galicia	Brasil	Trabajadora - externa	Regular	Con contrato	-
C327	Mariana (pseud.)	Mujer	64	Galicia	Cuba	Trabajadora - interna	Regular	Con contrato	-
C328	Filo (pseud.)	Mujer	56	Galicia	España	Trabajadora - externa	-	Con contrato	-
C329	Esmeralda (pseud.)	Mujer	76	Galicia	España	Trabajadora - externa	-	-	-
C331	Isabel Valle	Mujer	-	Cataluña	Bolivia	Asociación	-	-	Presidenta de la Asociación Mujeres Unidas entre Tierras (MUET)
C337	Marcela (pseud.)	Mujer	-	Cataluña	Argentina	Personal sanitario	-	-	Personal sanitario de atención primaria

Tabla A.1.7. Capítulo 6. Iniciativas comunitarias. Participantes en las entrevistas

Entrevista	Nombre	Sexo	Edad	Nombre de la iniciativa	Comunidad Autónoma	Tipo de participación	Ámbito geográfico
C096	Rossó (pseud.)	Mujer	50	Red de Confección de Mascarillas	Cataluña	Promotora	Urbano
C097	Èlia (pseud.)	Mujer	60	Sin red constituida	Castilla-La Mancha	Observadora	Rural
C098	Carla Aguilar	Mujer	35	Voluntariado Ajuntament Tarragona	Cataluña	Organizadora	Urbano
C105	Gerardo (pseud.)	Hombre	69	Red de apoyo	Madrid	Promotor	Rural
C116	Patricia (pseud.)	Mujer	73	Associació la Gresca. Proyecto A la Flor de la Vida	Cataluña	Receptora de cuidados	Urbano
C117	Lorena (pseud.)	Mujer	69	Associació la Gresca. Proyecto A la Flor de la Vida	Cataluña	Receptora de cuidados	Urbano
C118	Terenci (pseud.)	Hombre	62	Voluntariado local Cruz Roja	Cataluña	Voluntario	Rural
C118	Jep (pseud.)	Hombre	63	Voluntariado local Cruz Roja	Cataluña	Voluntario	Rural
C138	Alicia (pseud.)	Mujer	27	Red de cuidados vecinales del colectivo Ajuntamientos Centro-Sagrario	Andalucía	Promotora	Urbano
C139	Fani (pseud.)	Mujer	50	Asociación para la Movilidad Personal y Ecológica (AMPEG)	Andalucía	Voluntaria	Urbano
C140	Andrés (pseud.)	Hombre	34	Asociación para la Movilidad Personal y Ecológica (AMPEG)	Andalucía	Promotor	Urbano
C141	Martina (pseud.)	Mujer	29	Associació la Gresca. Proyecto A la Flor de la Vida	Cataluña	Promotora	Urbano
C144	Eneko (pseud.)	Hombre	29	Xarxa de solidaritat-Casal Popular La Sageta de Foc	Cataluña	Promotor	Urbano
C158	Berta (pseud.)	Mujer	52	Sin red constituida	Cataluña	Observadora	Rural
C159	Mikel (pseud.)	Hombre	64	Red de cuidados vecinales. Associació Cultural del Raval El Lokal	Cataluña	Organizadora	Urbano
C162	Markel (pseud.)	Hombre	27	Red de cuidados vecinales Algortarrok Zaintzen	País Vasco	Promotor	Urbano
C163	Kerman (pseud.)	Hombre	27	Red de cuidados vecinales Algortarrok Zaintzen	País Vasco	Coordinador	Urbano
C164	Ainhoa (pseud.)	Mujer	21	Red de cuidados vecinales Algortarrok Zaintzen	País Vasco	Coordinadora	Urbano
C192	Maialen (pseud.)	Mujer	40	Red de cuidados vecinales Algortarrok Zaintzen	País Vasco	Voluntaria	Urbano
C195	Irisa (pseud.)	Mujer	40	Pla comunitari Sagrada Familia	Cataluña	Organizadora	Urbano
C199	Juanjo (pseud.)	Hombre	42	Red de cuidados vecinales Colectivo la Ribera	Andalucía	Promotor	Urbano

C223	Núria Borràs	Mujer	43	Voluntariado Ajuntament Falset	Cataluña	Organizadora	Rural
C246	Francisco (pseud.)	Hombre	65	Fundación 26D	Cataluña	Organizador	Urbano
C247	Virginia (pseud)	Mujer	74	Trabensol. Vivienda colaborativa	Madrid	Cooperativista	Rural
C248	Emilio (pseud)	Hombre	64	Trabensol. Vivienda colaborativa	Madrid	Cooperativista	Rural
C260	Lisa (pseud.)	Mujer	38	Red de cuidados vecinales del Barrio del Realejo y Barranco del Abogado	Andalucía	Voluntaria	Urbano
C261	Marina (pseud.)	Mujer	35	Grupo de cuidados vecinales. Ajuntamiento Albaicín	Andalucía	Promotora	Urbano
C264	Carlos (pseud.)	Hombre	68	Convivir. Vivienda colaborativa	Castila-La Mancha	Cooperativista	Rural
C283	Ángel (pseud.)	Hombre	65	Mesa coordinadora Asociación de Vecinos barrio periferia	Madrid	Organizador	Urbano
C284	Pablo (pseud.)	Hombre	50	Cáritas Parroquial de un barrio de la periferia de Madrid	Madrid	Voluntario	Urbano
C288	Isabel (pseud.)	Mujer	36	Proyecto comunitario Envejece en tu Pueblo	Aragón	Organizadora	Rural
C298	Vicente (pseud.)	Hombre	31	Proyecto comunitario Envejece en tu Pueblo	Aragón	Organizador	Rural
C300	Elena (pseud.)	Mujer	26	Fundación Amigos de los Mayores-Proyecto Barrios Amigos	Aragón	Organizadora	Urbano
C316	Malena (pseud.)	Mujer	36	Sin red constituida	Cataluña	Observadora	Urbano
C317	Xabier Ballesteros	Hombre	53	Grupo de apoyo La Colla Cuidadora	Cataluña	Organizador	Urbano
C344	Pilar (pseud.)	Mujer	46	Fresnecuida-Solidaridad Vecinal Organizada	Madrid	Promotora	Rural

Tabla A.1.8. Capítulo 7. Modelos Alternativos. Participantes en las entrevistas

Entrevista	Nombre	Sexo	Comunidad Autónoma	Actividad o institución
C024	Ester Quintana	Mujer	Cataluña	Responsable de atención social para personas mayores del Instituto Municipal de Servicios Sociales de Barcelona
C027	Cinta Pascual	Mujer	Cataluña	Presidenta del Círculo Empresarial de Atención a las personas (CEAP) y presidenta de la Associació Catalana de Recursos Assistencials (ACRA)
C030	Iñaki Martínez	Hombre	Cataluña	Presidente de la Asociación de Profesionales de la Asistencia Personal
C035	Ramón Lamiel	Hombre	Cataluña	Gerente del Instituto Municipal de Personas con Discapacidad de Barcelona (IMPD)
C059	Pedro Casas	Hombre	Madrid	Plataforma de Trabajador@s y Vecinos por la Remunicipalización y Gestión Directa de los SS.PP. de Madrid
C099	Mélida (pseud.)	Mujer	País Vasco	Promotora de la Cooperativa SINA y fundadora de la asociación EMF-sociosanitarias
C109	Angélica Mazo	Mujer	Aragón	Secretaria de sector de Servicios Sociales y de Servicios a la Comunidad (UGT de Aragón)
C125	Aurora Huerga	Mujer	Cataluña	Secretaria General de la Federación de Construcción y Servicios a la Ciudadanía, Comisiones Obreras de Cataluña
C127	Montserrat Sedó	Mujer	Cataluña	Secretaria de organización y recursos de la Federación de Sanidad, Comisiones Obreras de Cataluña
C133	María Soledad Ruberte	Mujer	Aragón	Área de Empleo de la Unión Sindical Obrera-USO, y fundadora de la Asociación de Trabajadoras del Hogar y los Cuidados de Zaragoza
C134	Joaquín Santos	Hombre	Aragón	Gerente del Instituto Aragonés de Servicios Sociales-IASS
C142	Enriqueta Durán	Mujer	Cataluña	Secretaria de Políticas Sociales (UGT de Cataluña)
C145	Lluís Torrens	Hombre	Cataluña	Director de Innovación Social del Ayuntamiento de Barcelona
C147	María Calvalho Dantas	Mujer	Cataluña	Diputada del Congreso de los Diputados (ERC)
C150	Sandra Casas Molina	Mujer	C. Valenciana	Plataforma en defensa de la Ley de Dependencia
C154	Sònia Guerra	Mujer	Cataluña	Diputada del Congreso de los Diputados (PSC-PSOE)
C165	Teresa (pseud.)	Mujer	Galicia	Portavoz de la Asociación XIARA de empleadas de hogar
C166	Carolina García	Mujer	Aragón	Presidenta de la Asociación de Trabajadoras del Hogar y los Cuidados de Zaragoza
C170	Fernando Fantova	Hombre	País Vasco	Consultor y ex viceconsejero de Asuntos Sociales del Gobierno Vasco
C178	Esperanza Camarasa	Mujer	Madrid	Coordinadora de proyectos de la Cooperativa Abierto hasta el Amanecer (AHA)

C182	Marta Ribas Frías	Mujer	Cataluña	Diputada del Parlament de Catalunya (En Comú Podem)
C184	Júlia Montserrat	Mujer	Cataluña	Consultora
C188	Maia (pseud.)	Mujer	Cataluña	Activista de la plataforma SAD Catalunya
C189	Pilar Rodríguez	Mujer	Madrid	Fundación Pilares
C194	Sandra (pseud.)	Mujer	Andalucía	Integrante de Estudios y Cooperación para el Desarrollo (ESCODE9 y Red de Mujeres Latinoamericanas y del Caribe
C198	José Mª Toro	Hombre	C. Valenciana	Secretario del Círculo Empresarial de Atención a las Personas (CEAP) y presidente Asociación Empresarial de Residencias y Servicios a Personas Dependientes de la Comunidad Valenciana (AERTE)
C200	Imanol Zubero	Hombre	País Vasco	Profesor de Sociología, Universidad del País Vasco
C203	Clara (pseud.)	Mujer	País Vasco	Socia y fundadora de la Cooperativa de servicios de atención domiciliaria Babel
C206	Santi Rodríguez	Hombre	Cataluña	Diputado del Parlament de Catalunya (PPC)
C215	Mayte Sancho	Mujer	Madrid	Asesora de Matia Fundazioa
C218	Belén Navarro	Mujer	Madrid	Impulsora del Sindicato de Trabajadoras del Hogar (SINTRAHOCU)
C219	Edith Espínola	Mujer	Madrid	Portavoz y secretaria de la Asociación Servicio Doméstico Activo (SEDOAC), y portavoz del movimiento Regularización Ya
C220	Graciela Gallego	Mujer	Madrid	Ex presidenta de la Asociación Servicio Doméstico Activo (SEDOAC), e impulsora del Sindicato de Trabajadoras del Hogar (SINTRAHOCU)
C222	Raúl Moreno	Hombre	Cataluña	Diputado del Parlament de Catalunya (PSC)
C224	Sandra Ezquerra	Mujer	Cataluña	Directora de la cátedra UNESCO Dones, Desenvolupament i Cultures, Universitat de Vic
C225	Carolina Elías	Mujer	Madrid	Presidenta de la Asociación Servicio Doméstico Activo-SEDOAC
C226	Rafaela Pimentel	Mujer	Madrid	Impulsora de Territorio Doméstico y del Sindicato de Trabajadoras del Hogar (SINTRAHOCU)
C228	Emilia Jiménez	Mujer	C. Valenciana	Trabajadora social del área de dependencia, Ajuntament de Picanya
C229	Sara Moreno	Mujer	Cataluña	Profesora de Sociología, Universitat Autónoma de Barcelona
C230	Manuel Aguilar	Hombre	Cataluña	Profesor de Sociología y Ciencias Políticas, Universitat de Barcelona
C236	Vidal Aragonés Chincharro	Hombre	Cataluña	Diputado del Parlament de Catalunya (CUP)
C240	Purificación Casaupié	Mujer	Madrid	Diputada de la Asamblea de Madrid (PSOE)

C241	José Manuel Ramírez	Hombre	Andalucía	Presidente de la Asociación de Directoras y Gerentes de Servicios Sociales
C242	Jasone (pseud.)	Mujer	País Vasco	Área Sociosanitaria de Euskal Sindikatua (ELA)
C243	Izaskun Duque Santacoloma	Mujer	País Vasco	Juntera de la Junta de Bizkaia (EH Bildu)
C244	Carmen Juares	Mujer	Cataluña	Miembro de la Asociación Mujeres Migrantes Diversas
C245	Lekshmy Parameswaran	Mujer	Cataluña	Cofundadora de The CareLab
C249	Ángel Juárez	Hombre	Cataluña	Plataforma Afectados por el Coronavirus
C254	Efrén (pseud.)	Hombre	País Vasco	Babestu Elkartea
C256	Héctor Fernández	Hombre	País Vasco	Juntero de la Junta de Bizkaia (Elkarrekin Podemos)
C256	Eneritz de Madariaga	Mujer	País Vasco	Juntera de la Junta de Bizkaia (Elkarrekin Podemos)
C258	Jone Bengoetxea Epelde	Mujer	País Vasco	Área de Género de Euskal Sindikatua (ELA)
C267	María José Carcelén	Mujer	Cataluña	Coordinadora de Residencias 5+1
C270	Carmen López	Mujer	Madrid	Marea de Residencias
C274	Imanol (pseud.)	Hombre	País Vasco	Pentsionistak Martxan
C276	Joseba (pseud.)	Hombre	País Vasco	Plataforma Irauli Zaintza
C292	Blanca Deusdad	Mujer	Cataluña	Profesora de Trabajo Social, Universitat Rovira i Virgili (proyecto SOCATEL)
C296	Roberta (pseud.)	Mujer	Cataluña	Impulsora de Sindillar/Sindihogar
C301	Luis Alberto Barriga	Hombre	Madrid	Director del IMSERSO
C302	Carles Bertrán	Hombre	Cataluña	Responsable del Centre d'Informació per a Treballadors Estrangers-CITE, Comisiones Obreras de Cataluña
C305	Claudia (pseud.)	Mujer	Cataluña	Miembro de la asociación Mujeres Pa'lante, y responsable de la Cooperativa Mujeres Pa'lante
C306	Lisa (pseud.)	Mujer	País Vasco	Socia y Presidenta de la Cooperativa de servicios de atención domiciliaria Maitelan
C315	María Ángeles Durán	Mujer	Madrid	Socióloga (CSIC)
C317	Xabier Ballesteros	Hombre	Cataluña	Director del centre de Serveis Socials de l'Antiga Esquerra de l'Eixample de Barcelona, y dinamizador de la Colla Cuidadora
C318	Nacho Álvarez	Hombre	Madrid	Secretario de Estado en Derechos Sociales y Agenda 2030
C319	Amaia Pérez-Orozco	Mujer	País Vasco	Investigadora, activista e integrante de Colectiva XXK. Feminismos, pensamiento y acción

C320	Joan Guix	Hombre	Cataluña	Ex secretario de Salut Pública, Generalitat de Catalunya
C321	Margarita León	Mujer	Cataluña	Profesora de Ciencias Políticas, Universitat Autònoma de Barcelona
C322	Eduardo Andrade	Hombre	País Vasco	Concejal del Ayuntamiento Getxo / Juntero de la Junta de Bizkaia / Portavoz de Partido en Bizkaia (PP)
C323	Ander Rodríguez	Hombre	País Vasco	Parlamentario del Parlamento Vasco y Secretario de políticas sociales (EH Bildu)
C324	Juan Otermin	Hombre	País Vasco	Juntero de la Junta de Bizkaia (PSE)
C325	María Pazos	Mujer	Madrid	Consultora y ex jefa de Estudios de Investigación del Instituto de Estudios Fiscales
C330	Maitane	Mujer	País Vasco	Área Sociosanitaria de Euskal Sindikatua (ELA)
C331	Isabel Valle	Mujer	Cataluña	Presidenta de la Asociación Mujeres Unidas entre Tierras (MUET)
C332	Elena Coria	Mujer	País Vasco	Juntera de la Junta de Bizkaia (PNV)
C333	Ana Dávila-Ponce de León	Mujer	Madrid	Diputada de la Asamblea de Madrid (PP)
C345	Aina Plaza	Mujer	Cataluña	Directora General de l'Autonomia Personal i la Discapacitat, Generalitat de Catalunya

A.1.2. GRUPOS FOCALES

Tabla A.1.9. Participantes en Grupo focal 1. Prácticas cooperativas del cuidado e intercooperación

Grupo focal	Nombre	Sexo	Edad	Comunidad autónoma	Institución
F001	Robert	Hombre	-	Cataluña	Casa Limpia
	Albert	Hombre		Cataluña	Casa Limpia
	Belén García	Mujer	50	Cataluña	Coordinadora sociolaboral Anem per feina
	Claudia (pseud.)	Mujer	-	Cataluña	Cooperativa Mujeres pa'lante
	Ezequiel	Hombre	-	Cataluña	Ca l'Abril
	Lilia	Mujer	-	Cataluña	Més que cures
	Innan Urueta	Mujer	-	Cataluña	Cooperativa Clara Ser Gran
	Roberta (pseud.)	Mujer	40	Cataluña	Sindillar/Sindihogar
	Ramona	Mujer	-	Cataluña	Som amb tu
	Xabier Ballesteros	Hombre	54	Cataluña	La Colla Cuidadora
	Elba Mansilla	Mujer	-	Cataluña	Coòpolis, e investigadora La ciutat invisible

Tabla A.1.10. Participantes en Grupo focal 2. Sesión ODS Labs. Envejece en Tu Pueblo. Diálogo entre Artieda y Ejea

Grupo focal	Nombre	Sexo	Edad	Comunidad autónoma	Cargo o institución
F002	Isabel (pseud.)	Mujer	43	Aragón	Coordinadora Envejece en tu Pueblo
	Patricia Almaguer	Mujer	43	Aragón	Coordinadora proyecto ODS Rural Labs
	Ana Borobio	Mujer	46	Aragón	Investigador proyecto ODS Rural Labs
	Pedro Escriche	Hombre	52	Aragón	Investigador, área de servicios sociales y trabajo social
	Antonio Eito	Hombre	48	Aragón	Investigador, área de servicios sociales y trabajo social
	Alba Moreno Barrachina	Mujer	-	Aragón	Profesional de cuidados
	Mª Adela Sagaste Villanueva	Mujer	47	Aragón	Directora del Colegio Rural Agrupado Luis Buñuel, Pueblos Ejea.
	Inmaculada Cantos Simón	Mujer	56	Aragón	Interés en desarrollar proyectos de cuidados en el medio rural
	José Luis Ruiz Ortego	Hombre	64	Aragón	Asociación de la Tercera Edad Bárdenas, Ejea
	José Luis Ruiz Bainés	Hombre	47	Aragón	Exalcalde pedáneo de Pinsoro, Ejea
	Milton Lozano	Hombre	40	Aragón	Coordinador Fundación Pacífico Emprende, Colombia
	Susana Palomar	Mujer	40	Aragón	Concejala de Servicios Sociales, La Puebla de Alfindén

Tabla A.1.11. Participantes en Grupo focal 3. Cuidados familiares de larga duración

Grupo focal	Nombre	Sexo	Edad	Comunidad autónoma	Situación dependencia	Parentesco cuidador/a	Tipo convivencia	Educación	Clase social	Ámbito geográfico
F003	Teresa (pseud.)	Mujer	60	Cataluña	Vejez frágil	Hija	Co-residencia	-	Media alta	Urbano
	Lluc (pseud.)	Hombre	68	Cataluña	Alzhéimer	Hijo	Co-residencia	Primarios	Media baja	Urbano
	Dolors (pseud.)	Mujer	70	Cataluña	Alzhéimer	Hija	Co-residencia	Secundarios	Media alta	Urbano
	Rebeca (pseud.)	Mujer	69	Cataluña	Alzhéimer	Hija	Co-residencia	Primarios	Media alta	Urbano
	Lluisa (pseud.)	Mujer	80	Cataluña	Vejez frágil	Hermana	Co-residencia	Primarios	Media alta	Urbano
	Marianna (pseud.)	Mujer	72	Cataluña	Vejez frágil	Hija	Residencialidad próxima	Secundarios	Media alta	Urbano
	Paulina (pseud.)	Mujer	54	Cataluña	Vejez frágil	Hija	Co-residencia	Universitarios	Media alta	Urbano

Tabla A.1.12. Participantes en Grupo focal 4. Cuidado y Familia. Compartiendo experiencias con cuidadores y cuidadoras familiares

Grupo focal	Nombre	Sexo	Edad	Comunidad autónoma	Situación dependencia	Parentesco cuidador/a	Tipo convivencia	Educación	Clase social	Ámbito geográfico
F004	Aloís (pseud.)	Hombre	69	Cataluña	Alzhéimer	Esposo	Co-residencia	Universitarios	Media baja	Urbano
	Dídac (pseud.)	Hombre	-	Cataluña	Alzhéimer	Yerno	Co-residencia	-	-	Urbano
	Assumpta (pseud.)	Mujer	62	Cataluña	Vejez frágil	Hija	Residencialidad próxima	Secundarios	Media baja	Rural
	Remedios (pseud.)	Mujer	75	Cataluña	Alzhéimer	Hija	Co-residencia	Primarios	Media alta	Urbano
	Mariana (pseud.)	Mujer	48	C. Valenciana	Alzhéimer	Hija	Co-residencia	Universitarios	Media baja	Rural
	Lluc (pseud.)	Hombre	68	Cataluña	Alzhéimer	Hijo	Co-residencia	Primarios	Media baja	Urbano
	Rebeca (pseud.)	Mujer	69	Cataluña	Alzhéimer	Hija	Co-residencia	Primarios	Media alta	Urbano
	Dolors (pseud.)	Mujer	70	Cataluña	Alzhéimer	Hija	Co-residencia	Secundarios	Media alta	Urbano

Tabla A.1.13. Participantes en Grupo focal 5. El cuidado remunerado. Compartiendo experiencias con las personas trabajadoras del cuidado

Grupo focal	Nombre	Sexo	Edad	Comunidad autónoma	Origen	Actividad o función
F005	Fany Galeas	Mujer	30	Cataluña	Honduras	Responsable del ámbito de Trabajo de hogar y cuidados (CCOO)
	Amina (pseud.)	Mujer	-	Cataluña	Marruecos	Trabajadora de hogar y cuidados
	Paulina (pseud.)	Mujer	55	Cataluña	España	Trabajadora residencia (Gerocultora)
	Jenny (pseud.)	Mujer	42	Cataluña	R. Dominicana	Trabajadora residencia (Auxiliarde enfermería)
	Maia (pseud.)	Mujer	-	Cataluña	España	Activista (Plataforma SAD Catalunya)

Tabla A.1.14. Participantes en Grupo focal 6. Los servicios de cuidado. Compartiendo experiencias

Grupo focal	Nombre	Sexo	Edad	Comunidad autónoma	Cargo
F006	Guillermina (pseud.)	Mujer	52	Cataluña	Directora de residencia privada
	Ramona (pseud.)	Mujer	52	Cataluña	Directora de residencia pública con gestión pública
	Sonia (pseud.)	Mujer	36	Cataluña	Directora de entidad gestora de SAD
	Eulàlia (pseud.)	Mujer	46	Cataluña	Responsable de entidad gestora de asistencia personal de iniciativa social
	Bruna (pseud.)	Mujer	-	Cataluña	Directora de SAD
	Pedro (pseud.)	Hombre	37	Cataluña	Director de empresa gestora de SAD
	Neus (pseud.)	Mujer	43	Cataluña	Directora de entidad gestora de SAD
	Sara (pseud.)	Mujer	55	Cataluña	Directora de residencia de iniciativa social

Tabla A.1.15. Participantes en Grupo focal 7. Envejecer en casa. ¿Cómo se resuelve?

Grupo focal	Nombre	Sexo	Edad	Comunidad autónoma	Actividad o institución
F007	Isabel Valle	Mujer	-	Cataluña	Portavoz de la Asociación Mujeres Unidas entre Tierras (MUET)
	Marta (pseud.)	Mujer	60	Cataluña	Cuidadora familiar/Associació de Cuidadors Familiars
	Assumpta (pseud.)	Mujer	62	Cataluña	Cuidadora familiar (vejez frágil)
	Herminia (pseud.)	Mujer	-	Cataluña	Cuidadora familiar (La Colla Cuidadora)
	Moisès Góngora	Hombre	-	Cataluña	Trabajador familiar (ayuda a domicilio)
	Innan Urueta	Mujer	-	Cataluña	Cooperativa Clara Ser Gran
	Blanca Deusdad	Mujer	-	Cataluña	Profesora Universitat Rovira i Virgili (proyecto SOCATEL)

Tabla A.1.16. Participantes en Grupo focal 8. Envejecer en la residencia. ¿Cómo, cuándo y por qué?

Grupo focal	Nombre	Sexo	Edad	Comunidad autónoma	Actividad o cargo
F008	Aina (pseud.)	Mujer	26	Cataluña	Trabajadorade residencia (trabajadora social)
	Àngels Molina	Mujer	-	Cataluña	Cuidadora familiar
	Antonia (pseud.)	Mujer	37	Cataluña	Directora de residencia pública municipal (gestión privada)
	Sara (pseud.)	Mujer	-	Cataluña	Directora de residencia de iniciativa social
	Montserrat Sedó	Mujer	-	Cataluña	Sindicalista (Federación Sanidad-CCOO)
	Alexa (pseud.)	Mujer	31	Cataluña	Trabajadora de residencia (trabajadora social)
	Rafa (pseud.)	Hombre	-	Cataluña	Director de residencia privada
	Joan (pseud.)	Hombre	55	Cataluña	Director de residencia pública con gestión pública

A.1.3. TALLERES

Tabla A.1.17. Talleres de co-creación. Modelos alternativos de cuidado

Temáticas de los talleres	Personas expertas participantes	
Taller 1. Cuidados en el entorno	Mayte Sancho	Experta en planificación gerontológica, Matia Fundazioa
	Lluís Torrens	Impulsor de las Superilles socials, Ayuntamiento de Barcelona
Taller 2. Estrategias de participación	Violeta Quiroga	Investigadora y profesora de trabajo social, Universitat de Barcelona
	Félix Arrieta	Investigador y profesor de trabajo social, Universidad de Deusto
Taller 3. Tensiones público-común	Fernando Fantova	Consultor en políticas sociales
	Amaia Pérez-Orozco	Investigadora y activista social, Colectiva XXK. Feminismos, pensamiento y acción
Taller 4. Reformulación de la Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia	Joseba Zalakaín	Director de SIIS Centro de Documentación y Estudios
	Júlia Montserrat	Consultora e investigadora en economía en políticas sociales
Taller 5. Ciudades Cuidadoras	Daniel Prieto	Investigador del Plan Madrid Ciudad de los Cuidados y profesor de la Universidad Complutense de Madrid
	Blanca Valdivia	Socióloga urbana y miembro del Col·lectiu Punt 6

Anexo 2
Cápsulas audiovisuales. Cuidar en tiempos de pandemia

Coordinadoras

Claudia María Anleu Hernández
Cristina Barrial Berbén
Paula González Granados
Lola Martínez Pozo

Colaboradoras/es

Xabier Ballesteros Olazábal
Tomasa Báñez Tello
Sílvia Bofill-Poch
Carlos Chirinos
Dolors Comas-d'Argemir
Matxalen Legarreta
Lola Martínez Pozo
Marina Sagastizábal

Producción audiovisual

Andrea Lolicato

ÍNDICE

CONTENIDO

A.2.1. Presentación 613
A.2.2. Metodología 613
A.2.3. Las cápsulas audiovisuales 614

TABLA

Tabla A.2.1. Cápsulas audiovisuales. Perfil de participantes, enlaces y códigos QR 617

ANEXO 2. CÁPSULAS AUDIOVISUALES. CUIDAR EN TIEMPOS DE PANDEMIA

A.2.1. PRESENTACIÓN

Las cápsulas audiovisuales tienen como objetivo difundir y comunicar de manera creativa los resultados del proyecto. El formato audiovisual permite condensar ideas, situaciones y planteamientos de manera ágil y accesible a la ciudadanía. Acorde con el objetivo último de la investigación, se pretende contribuir a la creación de conciencia ciudadana sobre la centralidad social y económica de los cuidados, así como poner el foco en la necesidad de afrontar los retos de las situaciones de desigualdad en que se encuentran las mujeres y hombres que los proveen.

Se han realizado seis cápsulas de corta duración: cinco de ellas corresponden a cada uno de los ámbitos de cuidado analizados en el proyecto: cuidado familiar, servicios (que aquí concretamos en la asistencia personal), residencias, trabajo de hogar, y cuidados e iniciativas comunitarias. La última cápsula combina fragmentos de cada una de las cápsulas anteriores, a modo de síntesis audiovisual del proyecto. Las cápsulas tienen dos tipos de formato. En unas aparecen dos casos, que se complementan y permiten obtener una imagen compleja de la realidad abordada. En otras aparece un único testimonio, que sirve como caso paradigmático. Han sido subtituladas cuando sus protagonistas hablan en catalán. Todas van acompañadas de su correspondiente código q*uick response* (QR).

Las cápsulas resaltan, por un lado, el carácter esencial de la organización social de los cuidados en el despliegue de las políticas públicas de salud y bienestar; y por otro, la incidencia de la pandemia en las condiciones laborales y económicas de las mujeres, por su mayor implicación en los cuidados (remunerados o no) de las personas mayores y dependientes. La diversidad de situaciones y experiencias de las personas cuidadoras se presentan desde una visión humana del problema, que huye de la revictimización, a pesar de que el tono y el estilo sea íntimo y personal. En todas las cápsulas se ha priorizado el protagonismo de las personas que, a través de su relato, explican de qué manera la pandemia impactó en su forma y condiciones de cuidar.

A.2.2. METODOLOGÍA

Las cápsulas se realizaron en colaboración con Andrea Lolicato, profesional en producción audiovisual y doctor en Antropología Social. Las cápsulas se grabaron entre mayo y julio de 2021 en ocho localidades distintas: L'Ametlla del Vallès, Barcelona, Bilbao, Castellón, L'Hospitalet de Llobregat, Granada y Madrid.

Los casos escogidos para protagonizar las cápsulas (una o dos por ámbito de cuidados según la cápsula) corresponden a personas previamente entrevistadas para el proyecto, cuyas historias y experiencias nos parecieron idóneas y paradigmáticas para ser recogidas en formato audiovisual. Sus historias condensan aspectos relevantes y generales del impacto de la pandemia sobre el sector laboral de los cuidados. Su disposición a participar, así como la de las asociaciones a las que pertenecen y/o instituciones y entidades en las que trabajan/colaboran, fue óptima.

En el proceso de selección se tuvo en cuenta la diversidad geográfica, con una voluntad expresa de huir del urbanocentrismo. También se tomó en consideración la diversidad de orígenes socioculturales, así como la diversidad de género, sin que ello contribuya a invisibilizar que se trata de un sector feminizado, en que las mujeres cuidan en mucha mayor proporción que los hombres.

En su selección participaron las investigadoras/es del proyecto, quienes además han trabajado coordinadamente con Andrea Lolicato en el diseño de guiones, delimitación de espacios, tiempos y escenarios de grabación, así como en el trabajo de postproducción. El proceso se ha realizado con sumo cuidado, velando por el bienestar de las y los protagonistas y siendo conscientes de la dificultad de narrar y revivir situaciones tan complicadas como las atravesadas durante la pandemia.

Previamente a cada grabación, las y los protagonistas recibieron un documento de cesión de derechos de imagen y otro documento explicativo del proyecto, en el que también figura el objetivo de las cápsulas y su difusión posterior. Además, por cuestiones éticas, las personas que aparecen en la grabación han elegido cómo quieren ser presentadas. Finalmente, cabe decir que todas las personas que brindaron su testimonio se sintieron valoradas y satisfechas de haber colaborado en el proyecto.

A.2.3. LAS CÁPSULAS AUDIOVISUALES

A continuación, presentamos un breve resumen del contenido de cada cápsula audiovisual.

CONXITA Y RAFAEL: CUIDADOS FAMILIARES

Investigadores responsables: Carlos Chirinos, Xabier Ballesteros Olazábal

Esta cápsula se focaliza en el cuidado familiar no remunerado y recoge dos situaciones frecuentes dentro de dicho ámbito (el cuidado de una progenitora y el de un cónyuge) y el impacto que ha tenido la pandemia sobre ellos/as. Por un lado, se entrevistó a Conxita Vallès, en Barcelona, una mujer que cuida a su madre de 97 años y que la tuvo que ingresar, en plena pandemia y tras cerrar el centro de día, en una residencia por razones personales sobrevenidas. Su testimonio muestra la complejidad del cuidado familiar, subrayando la importancia que ha tenido para Conxita su participación en un grupo de apoyo para familiares cuidadores (La Colla Cuidadora) promovida desde el Ayuntamiento de Barcelona. La segunda grabación se realizó en Castellón (Segorbe) y recoge la experiencia de Rafael Hervás, un hombre que cuida de su esposa desde hace siete años, cuando sufrió un accidente cerebral a la edad de 55 años. En la cápsula se explica el proceso de adaptación a las tareas de cuidado (y domésticas) que tuvo que asumir, el empeño y esfuerzo en fundar una asociación de familiares cuidadores, y su experiencia del confinamiento. Ambas historias se entrelazan mostrando la complejidad, las necesidades y la carga emocional que ha supuesto para ambos el cuidado de sus familiares durante la pandemia.

IÑAKI: APOYO A LA DIVERSIDAD FUNCIONAL

Investigadora responsable: Tomasa Báñez Tello

Esta cápsula pone el foco en la situación que han vivido durante la pandemia las personas que han trabajado en la Asistencia Personal, un servicio dirigido a facilitar la inclusión, la participación y la realización de actividades cotidianas a personas con diversidad funcional que lo necesitan. La cápsula recoge el testimonio de Iñaki Martínez, asistente personal y presidente de la Asociación Profesional de Asistencia Personal. La grabación se desarrolló en la ciudad de Barcelona y en ella Iñaki deja patentes dos cuestiones esenciales. Por una parte, la falta de reconocimiento social y político que durante la pandemia se les ha dado como trabajadoras/es esenciales que desde el primer momento han estado en contacto directo con poblaciones vulnerables. Por otra, las consecuencias que la pandemia ha supuesto en la atención que se presta desde estos servicios: desde las dificultades para realizar el trabajo en

las condiciones que exigían las autoridades sanitarias, hasta la presión a nivel psicológico que han vivido los y las trabajadoras debido a la responsabilidad de poder contagiar el virus a las personas con las que trabajan.

RUTH Y JANIRE: CUIDAR EN RESIDENCIAS

Investigadoras responsables: Dolors Comas-d'Argemir, Matxalen Legarreta, Marina Sagastizábal, Sílvia Bofill-Poch

Esta cápsula se focaliza en la situación que han vivido las trabajadoras en centros residenciales durante la pandemia, y su impacto en sus condiciones laborales y lucha sindical. Una primera grabación se desarrolló en L'Ametlla del Vallès (Cataluña) y recoge el testimonio de Ruth González, que trabaja como auxiliar de geriatría en la residencia de la Fundació Antònia Roura desde hace cuatro años. Ruth explica cómo varias trabajadoras decidieron confinarse en la residencia cuando la mayoría de las trabajadoras y de los residentes dieron positivo en covid, y cómo esta decisión se vio motivada por considerar que su función allí era algo mucho más importante que un trabajo. Critica la desvalorización del trabajo de las auxiliares de geriatría, cuya responsabilidad va mucho más allá de hacer la higiene de las personas, y reivindica su papel de cuidadora. También valora como injustas las acusaciones que se vertieron sobre las trabajadoras de residencias de haber sido las culpables de introducir el virus en los centros. La segunda grabación se realizó en Gipuzkoa, y recoge el testimonio de Janire Diaz, sindicalista responsable del ámbito sociosanitario de Gipuskoa en el Sindicato Eusko Langileen Alkartasuna-Solidaridad de los Trabajadores Vascos (ELA). Janire es crítica con el modelo sanitario del País Vasco, en particular con la concertación público-privada en la gestión de las residencias y la subcontratación, que tiene un impacto negativo en las condiciones laborales de las trabajadoras del sector. Janire relata las condiciones de las trabajadoras durante la pandemia, que no contaban con material ni equipamientos para protegerse de la covid y se vieron afectadas por la falta de un protocolo y la incomunicación de las residencias con las diputaciones. Valora positivamente la decisión de las trabajadoras de abandonar la huelga en los peores momentos de la pandemia y expone las dificultades que están afrontando para continuarla. Considera que existen aspectos positivos que pueden rescatar de la crisis sanitaria, como las alianzas que han establecido con asociaciones de familiares de usuarios de residencias.

PATRICIA Y CAROLINA: TRABAJADORAS DE HOGAR Y CUIDADOS

Investigadoras responsables: Cristina Barrial Berbén, Sílvia Bofill-Poch

Esta cápsula se focaliza en el ámbito del trabajo de hogar y cuidados, aborda la situación que han vivido las trabajadoras durante la pandemia y recoge la reivindicación de las mismas trabajadoras como sujetos políticos. Una primera grabación se desarrolló en L'Hospitalet de Llobregat (Cataluña) e incluye el testimonio de Patricia Zapata, una mujer peruana que llegó a España en 2018. Durante los primeros meses de la pandemia estuvo cuidando a un hombre de 75 años en régimen externo. Durante la entrevista, grabada en el local de la asociación Mujeres Unidas Entre Tierras (MUET), se pone el foco en cómo Patricia se contagió de covid, presuntamente después de que la persona a la que cuidaba volviese a casa tras un ingreso hospitalario con síntomas de la enfermedad, aunque la familia empleadora la señaló como única responsable del contagio de su familiar. El anciano al que cuidaba siempre se negó a ponerse mascarilla. Semanas después, tras el alta hospitalaria, ante la posibilidad de reanudar la relación laboral, le ofrecen permanecer en el trabajo, pero bajo el régimen interno, sin aumentarle el salario. Ante su negativa, no le renuevan el contrato. La segunda grabación se realizó en Madrid a Carolina Elías, presidenta de la asociación Servicio Doméstico Activo

(SEDOAC). Carolina nos ofrece su testimonio de primera mano de cómo la pandemia ha contribuido a vulnerabilizar aún más la situación de precariedad de las trabajadoras de hogar y cuidados, así como de las reivindicaciones políticas del colectivo. La grabación se realizó en el Centro de Empoderamiento de Trabajadoras del Hogar y los Cuidados (CETHYC), en el distrito madrileño de Usera, un local que gestiona la asociación y en el cual se realizan todo tipo de talleres y actividades de capacitación para las trabajadoras.

MARINA: INICIATIVAS COMUNITARIAS

Investigadora responsable: Lola Martínez Pozo

Esta cápsula se centra en la respuesta comunitaria y colectiva al impacto de la crisis sanitaria, económica y social generada por la covid. La grabación se realizó en el barrio del Albaicín (Granada), en la casa de Marina García, una de las promotoras del "Grupo de Cuidados del Albaicín". Se trata de una iniciativa comunitaria organizada a raíz de la crisis sanitaria que da cuenta de las limitaciones de los servicios públicos y de las necesidades de cuidado que las instituciones y Administraciones públicas estaban dejando sin atender. Marina vincula el nacimiento de la iniciativa con la necesidad de actuar acorde a las características del barrio, como es el aislamiento de la zona del bajo Albaicín, la carencia de servicios cercanos, el riesgo de exposición o la gran población de personas mayores que lo habitan. Este grupo de cuidados se organizó a través de WhatsApp y contó con un gran número de personas voluntarias y alrededor de 200 personas atendidas. Marina valora que esta rápida organización no hubiese sido posible si previamente no hubiesen trabajado a nivel de red vecinal. Desde el primer momento se dedicaron a atender a personas mayores, dependientes y sin recursos y a ofrecer cobertura para el acceso a alimentación y fármacos. Posteriormente, ante el aumento de casos de personas en situación de vulnerabilidad, tuvieron que comenzar a informar y derivar a servicios sociales y sanitarios. La iniciativa ha dejado de estar activa, debido a limitaciones que dificultan su sostenibilidad.

CUIDAR EN TIEMPOS DE PANDEMIA (TEASER)

Esta cápsula combina fragmentos de cada una de las cápsulas anteriores, a modo de síntesis audiovisual del proyecto.

Tabla A.2.1. Cápsulas audiovisuales. Perfil de participantes, enlaces y códigos QR

Cápsulas	Participantes	Perfil de participantes	Códigos QR
CONXITA Y RAFAEL: CUIDADOS FAMILIARES Enlace Cápsula	Rafael Hervás (Castellón)	Cuidador familiar (esposo)	
	Conxita Vallès (Barcelona)	Cuidadora familiar (hija)	
IÑAKI: APOYO A LA DIVERSIDAD FUNCIONAL Enlace Cápsula	Iñaki Martínez (Barcelona)	Asistente personal y presidente de la Asociación Profesional de Asistencia Personal	
RUTH Y JANIRE: CUIDAR EN RESIDENCIAS Enlace Cápsula	Ruth González (L'Ametlla del Vallès)	Auxiliar de geriatría (residencia Fundació Antònia Roura)	
	Janire Diaz (Bilbao)	Sindicalista responsable del ámbito sociosanitario de Gipuzkoa en el Sindicato Eusko Langileen Alkartasuna-Solidaridad de los Trabajadores Vascos (ELA)	
PATRICIA Y CAROLINA: TRABAJADORAS DE HOGAR Y CUIDADOS Enlace Cápsula	Carolina Elías (Madrid)	Presidenta de la asociación Servicio Doméstico Activo (SEDOAC)	
	Patricia Zapata (L'Hospitalet de Llobregat)	Trabajadora de hogar y cuidados, miembro de la Asociación Mujeres Unidas entre Tierras (MUET)	
MARINA: INICIATIVAS COMUNITARIAS Enlace Cápsula	Marina García (Granada)	Promotora del Grupo de Cuidados Ajuntamiento Albaicín, Granada	
CUIDAR EN TIEMPOS DE PANDEMIA (TEASER) Enlace Cápsula	Todos	-	

ACRÓNIMOS Y SIGLAS

ACP	Atención centrada en la persona
ACRA	Associació Catalana de Recursos Assistencials
ADEMAF	Asociación por los Derechos de los Mayores y sus Familiares
AERTE	Asociación Empresarial de Residencias y Servicios a Personas Dependientes de la Comunitat Valenciana
AESTE	Asociación Empresas de Servicios para la Dependencia
AGE	Administración General del Estado
AHA	Cooperativa Abierto hasta el Amanecer
AICP	Atención integral centrada en la persona
AIETI	Asociación de Investigación y Especialización sobre Temas Iberoamericanos
AIFICC	Associació d'Infermeria Familiar i Comunitària de Catalunya
AMAS	Agencia Madrileña de Atención Social
AMPA	Asociación de Madres y Padres de Alumnos
AMPEG	Asociación para la Movilidad Personal y Ecológica
APSOCECAT	Associació Catalana pro Persones amb Sordceguesa
AQB	Associació Assistència Qualificada Barcelona
AVAPSA	Agencia Valenciana de Prestaciones Sociales
BAH	Proyecto Bajo el Asfalto está la Huerta
CAMFIC	Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària
CAP	Centros de Atención Primaria de salud
CCAA	Comunidades autónomas
CCOO	Comisiones Obreras/Confederación Sindical de Comisiones Obreras
CEAPs	Círculo Empresarial de Atención a las Personas
CEOE	Confederación Española de Organizaciones Empresariales
CESU	Cheques empleo servicio universal
CETHYC	Centro de Empoderamiento de Trabajadoras del Hogar y los Cuidados
CIS	Centro de Investigaciones Sociológicas
CITE	Centre d'Informació per a Treballadors Estrangers
CNAE	Clasificación Nacional de Actividades Económicas
CNT	Confederación Nacional del Trabajo
COGAMI	Confederación Galega de Persoas con Discapacidade
CSIC	Consejo Superior de Investigaciones Científicas
CTESC	Consell de Treball, Econòmic i Social de Catalunya

CUP	Candidatura d'Unitat Popular
EAP	Equipos de atención primaria
EAR	Equipos de Atención Residencial
EH Bildu	Euskal Herria Bildu
ELA	Eusko Langileen Alkartasuna-Solidaridad de los Trabajadores Vascos
EMF	Asociación Emakume Migratu Feministak
EPA	Encuesta de Población Activa
EPI	Equipo de protección individual
ERC	Esquerra Republicana de Catalunya
ERTE	Expediente de regulación temporal de empleo
ESCODE	Estudios y Cooperación para el Desarrollo
FED	Federación Empresarial de la Dependencia
FFP2	Filtering face piece
FOESSA	Fomento de Estudios Sociales y de Sociología Aplicada
FPII	Formación Profesional de segundo grado
FVID	Foro de Vida Independiente y Divertad
GAP	Grupo de Acción Política de Trabajadoras de Hogar
IASS	Instituto Aragonés de Servicios Sociales
ICASS	Institut Català d'Assistència i Serveis Socials
ICG	Intermediate Capital Group
IGOP	Instituto de Gobierno y Políticas Públicas
IMAS	Instituto Murciano de Acción Social
IMPD	Instituto Municipal de Personas con Discapacidad de Barcelona
IMSERSO	Instituto de Mayores y Servicios Sociales
IMSS	Instituto Municipal de Servicios Sociales de Barcelona
INE	Instituto Nacional de Estadística
JxC	Junts per Catalunya
LAPAD	Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia
MOOH	Modelo de ocupación humana
MUET	Asociación Mujeres Unidas Entre Tierras
NHS	National Health Service
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos
OIT	Organización Internacional del Trabajo
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organización no gubernamental

OVI-VIgalicia	Oficina de Vida Independiente de Galicia
PADC	Plataforma de Atención Domiciliaria de Cataluña
PADES	Programa de Atención Domiciliaria y Equipos de Soporte
PCR	Prueba de reacción en cadena de la polimerasa
PE	Prestaciones económicas
PEAP	Prestación económica de asistencia personal
PECEF	Prestación económica para cuidados en el entorno familiar
PEVS	Prestación económica vinculada al servicio
PIA	Programa individual de atención
PIAI	Pla Individual d'Atenció Integral
PIAISS	Pla Interdepartamental d'Atenció i Interacció Social i Sanitària
PIB	Producto interior bruto
PIIC	Pla d'Intervenció Individualitzat Compartit
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
PNV	Partido Nacionalista Vasco
PP	Partido Popular
PPAC	Programa de Prevenció i Atenció a la Cronicitat
PPC	Partit Popular de Catalunya
PREDIF	Plataforma Representativa Estatal de Personas con Discapacidad Física
PSC	Partido de los Socialistas de Cataluña
PSE	Partido Socialista de Euskadi
PSOE	Partido Socialista Obrero Español
QR	Quick response code
RAE	Real Academia Española de la Lengua
SAAD	Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia
SAD	Servicio de Ayuda a Domicilio/Servicio de Atención en Domicilio
SEDOAC	Asociación Servicio Doméstico Activo
SEM	Servei d'Emergències Mèdiques
SEPE	Servicio Público de Empleo Estatal
SINA	Cooperativa Servicios Integrales de Nueva Atención
SINTRAHOCU	Sindicato de Trabajadoras del Hogar
SISAAD	Sistema de Información del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia
TCAE	Técnico/a en cuidados auxiliares de enfermería
TGSS	Tesorería General de la Seguridad Social
TIC	Tecnologías de la información y la comunicación

TNT	Textil no tejido
UCI	Unidad de Cuidados Intensivos
UE	Unión Europea
UFAC	Unidad Funcional de Atención a la Complejidad
UGT	Unión General de Trabajadoras y Trabajadores de España
UME	Unidad Militar de Emergencia
USO	Unión Sindical Obrera
UTE	Unión Temporal de Empresas

crue Universidades Españolas

Santander

cumade CUidado de MAyores y DEpendientes COVID-19

Universidad del País Vasco Euskal Herriko Unibertsitatea

UAM Universidad Autónoma de Madrid

Universidad Complutense Madrid

Universidad de Granada

Universidad de Murcia

Universidad Zaragoza

Universidade da Coruña

Universitat de Barcelona

Vniversitat de València

Universitat Rovira i Virgili