

PRESTIGIANDO EL TRABAJO DE CUIDADOS EN LOS SERVICIOS DE AYUDA A DOMICILIO

TO PRESTIGE CARE WORK IN HOME CARE SERVICES

SARA MORENO COLOM*

Resumen: *El objetivo del artículo es analizar hasta qué punto la Administración pública puede contribuir a la profesionalización del trabajo de cuidados. Para ello, se presenta el estudio de caso realizado sobre el nuevo modelo de gestión del Servicio de Atención Domiciliaria impulsado por el Ayuntamiento de Barcelona en el marco del proyecto Superilles Socials. La hipótesis de partida apunta que, a diferencia del modelo tradicional, dicha propuesta basada en la organización del trabajo en equipo autogestionado y limitado territorialmente conlleva mejoras materiales y simbólicas para las personas empleadas y usuarias. Como conclusión, se apunta que más allá de crear nuevas profesiones relacionadas con la organización social de los cuidados parece mejor estrategia prestigiar las profesiones existentes con el impulso de nuevos modelos de gestión desde la Administración pública.*

Palabras clave: *trabajo de cuidados; gestión pública; precariedad; calidad servicio.*

* Centre d'Estudis Sociològics sobre la Vida Quotidiana i el Treball. Institut d'Estudis del Treball. Universidad Autónoma de Barcelona. sara.moreno@uab.cat

Abstract: *The aim of the article is to analyze the role of public administration in the professionalization of care work. It presents the case study carried out on the new management model of the Home Care Service promoted by the Barcelona City Council within the framework of the Superilles Socials project. The hypothesis points out that, unlike the traditional model, this proposal based on the organization of self-managed and territorially limited teamwork entails material and symbolic improvements for employees and users. As a conclusion, the article suggests it isn't necessary to define new professions related to the social care because it is better to prestige the home care workers by new management models from the public administration*

Key words: *Care work; Public management; Precariousness; Quality service.*

INTRODUCCIÓN

El artículo analiza el papel de la gestión pública en la profesionalización del sector de los cuidados. La constatación de la necesidad de revisar la organización social de los cuidados ante el crecimiento del volumen e intensidad de las demandas de atención a las personas dependientes, así como los límites del modelo vigente introducen distintos debates en la literatura especializada. Una de las cuestiones que se aborda es la necesidad de profesionalizar el sector de los cuidados con el doble objetivo de mejorar las condiciones laborales y la calidad del servicio prestado. En este punto, se debate entre crear nuevos perfiles profesionales o prestigiar las profesiones existentes (Torns et al., 2014). Dicha cuestión se analiza desde distintas perspectivas que, entre otros, fijan la atención en los aspectos normativos, socioculturales o laborales. En el caso español, se cuenta con estudios que analizan el impacto de las referencias que la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia (LAPAD, 39/2006) incluye sobre la profesionalización de los cuidados. Desde la perspectiva del derecho laboral, se apuntan los límites y retos del marco legislativo para que los cuidados cumplan con los parámetros que la OIT define de trabajo decente (Molero, 2020). Otras aproximaciones subrayan los obstáculos sociales que limitan la posibilidad de construir

un empleo valorado, cualificado y con buenas condiciones (Recio, 2014; Moreno et al., 2016a). Con relación a los aspectos laborales, una parte de la investigación se centra en evidenciar como se trata de un sector caracterizado por la precariedad de un empleo feminizado (Carrasquer y Torns, 2007; Picchi, 2016). Desde esta perspectiva, la feminización se analiza junto al peso del modelo migratorio que se da en el régimen de cuidados de los países del sur de Europa como es el caso español (Barañano y Marchetti, 2016). Se apunta que, ante la necesidad de dar respuesta a las demandas de cuidado emergentes, se desarrolla un modelo migratorio que favorece la regularización del perfil de mujeres que desempeña dichas actividades (Parella, 2004; Díaz y Martínez-Buján, 2018). En este sentido, otros trabajos analizan los mecanismos que configuran el trabajo dentro del sector de atención a la dependencia en España, tomando la perspectiva que relaciona el régimen de bienestar y el régimen de empleo. Recio (2011) muestra como, en el caso español, dicho sector se define por su carácter familiarista, asistencialista y precario. Aunque el ámbito laboral de atención a la dependencia adquiere importancia en las políticas públicas, la familia sigue siendo el principal proveedor de bienestar. Un aspecto que dificulta la mejora de las condiciones laborales y de prestación del servicio planteando resistencias y retos a las instituciones (Ezquerro et al., 2016). Dicha dificultad se acentúa con el advenimiento de la crisis económica iniciada en 2008 dibujando el llamado trilema entre desigualdades salariales, calidad del servicio y asequibilidad del trabajo de cuidados (Picchi, 2016). Como señala Recio (2014), la recesión económica se utiliza como excusa para justificar la lenta transición de un modelo no profesionalizado a uno profesionalizado, pero también permite poner en evidencia las carencias del sistema. Estas carencias se manifiestan aún más contundentes con la crisis de la Covid-19 que reseña la contradicción del trabajo de cuidados en forma de oxímoron: esencial y precario.

A la luz de estos debates, el presente artículo se fija en la prestación de servicios, en concreto, analiza el caso del Servicio de Atención Domiciliaria (SAD) de la ciudad de Barcelona y las condiciones laborales de las trabajadoras familiares. Entre todo el abanico de servicios que incluye el sector de los cuidados, la atención a domicilio emerge como uno de los ámbitos más precarios y con más mujeres inmigrantes (Franco y Ruiz, 2018; Roca, 2018). Es el ámbito preferente de los cuidados mercantilizados (Díaz y Martínez-Buján,

2018) que emplea a mano de obra femenina inmigrante, a la vez que representa parte de los servicios sociales que se ofrecen des del nivel local. (Recio, 2014).

Se toma como referencia los estudios de caso sobre cuidados a domicilio en contextos específicos y comparados (Marcu 2009; Moré, 2018) para analizar el impacto del nuevo modelo de gestión del SAD impulsado por el Ayuntamiento de Barcelona en el marco del proyecto *Superilles Socials*. Se trata de un proyecto que, entre sus objetivos centrales, incluye la mejora de las condiciones laborales de las trabajadoras familiares junto a la mejora de la calidad del servicio prestado a las personas usuarias. A partir de este estudio de caso, el artículo plantea hasta qué punto el nuevo modelo de gestión del SAD a nivel local permite superar las dificultades socioculturales para la profesionalización del trabajo de cuidados. En última instancia, pretende contribuir a dar respuestas al siguiente interrogante¹: ¿Cómo impulsar desde lo público un modelo de prestación del servicio SAD que contribuya a la profesionalización y prestigio del trabajo de cuidados?

Con el fin de abordar las cuestiones planteadas, el texto se divide en cuatro apartados dedicados a revisar los principales debates teóricos, describir la propuesta metodológica, presentar los resultados y, finalmente, apuntar algunas reflexiones a modo de conclusión.

1. MARCO TEÓRICO

El SAD no ocupa un lugar central en la literatura especializada sobre cuidados de larga duración y, cuando lo hace, el interés suele recaer en las características de la demanda (Recio, 2011). En este sentido, el análisis sobre la prestación del servicio, tanto desde la perspectiva del modelo de gestión como de las condiciones laborales de las personas empleadas en él, ha recibido menos atención en la investigación académica. A pesar de ello, entre los debates teóricos existentes a nivel general, es posible identificar cuestiones sobre el modelo de cuidados y las condiciones laborales de las trabajadoras del cuidado que aportan elementos interpretativos para el estudio del SAD.

¹ El artículo se inscribe en el marco del proyecto “Cuidado, comunidad y común” financiado por el MINECO (CSO2016-77960-R) y coordinado por Raquel Martínez Buján.

1.1. Sobre el modelo de cuidados español

Las clasificaciones propuestas para identificar los distintos regímenes de cuidado (Bettio et al., 2006; Lyon y Gluksmann, 2008), caracterizan el modelo español, como el resto de los países del sur de Europa, por el papel central de la familia y la débil red de servicios sociales. Se suele considerar como un ejemplo de familiarismo implícito (Saraceno, 2010), donde el soporte familiar acompaña una visión asistencialista de los servicios públicos. Unos servicios que se perciben como sustitutos de la familia y no como un derecho universal de ciudadanía. Además, como respuesta a la escasez de servicios de cuidados, destaca la importante presencia de mujeres inmigradas que, desde la formalidad o informalidad del servicio doméstico, cubren buena parte de las necesidades (Parella, 2004; Martínez-Buján, 2011; Autor, 2016a; Barañano y Marchetti, 2016).

Más allá de dicha tendencia histórica, también se observa que, a lo largo de los últimos años, y a la luz de los cambios sociodemográficos, el sector de atención a la dependencia ha ganado protagonismo en las políticas públicas. Sin embargo, como explica Recio (2011), esta creciente importancia sólo se evidencia en un cambio de discurso que se presenta universalista mientras que persisten las prácticas asistencialistas y los imaginarios familiaristas que condicionan las preferencias (Moreno et al., 2016b). Además, desde la perspectiva de la prestación de los servicios, se constata que el empleo ligado al sector público reproduce muchos aspectos característicos del sector privado que implican altas tasas de precariedad, feminización e inmigración. Se observa una divergencia entre el discurso público que apuesta por la universalidad, las prácticas de los distintos actores sociales y la preferencia por la familia como proveedora principal (Recio, 2014). El conjunto de aspectos relatados dificulta la mejora de las condiciones laborales de las trabajadoras del cuidado, así como de la calidad del servicio ofrecido.

Uno de los aspectos fundamentales para construir el discurso universalista acerca de la dependencia es la aprobación de la Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia (LAPAD). Un marco normativo que reconoce, por vez primera, el derecho subjetivo de ciudadanía a los cuidados de larga duración a través del sistema público estatal. Este cambio legislativo introduce la posibilidad de un proceso de transición hacia un nuevo planteamiento de los servicios basado

en cuidados profesionales con la construcción del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD). Sin embargo, las referencias de la LAPAD a la profesionalización aparecen poco concretas limitándose a definir los cuidados profesionales como aquellos *prestados por una institución pública o entidad, con y sin ánimo de lucro, o profesional autónomo entre cuyas finalidades se encuentre la prestación de servicios a personas en situación de dependencia, ya sean en su hogar o en un centro (artículo 2, LAPAD)*. Asimismo, en el apartado destinado a definir la calidad del servicio, se menciona sin concreción la necesidad de mejorar la definición de los requerimientos normativos y avanzar en materia de calidad del empleo. Se trata de un marco normativo que incorpora un discurso con planteamientos novedosos que, como evidencian las investigaciones posteriores, en muchas ocasiones no han superado el nivel retórico. Los estudios realizados sobre el proceso de implementación y transición señalan problemas, dificultades y limitaciones para alcanzar un sistema formal y público que introduzca, entre otras cuestiones, cambios en el tipo de empleo para avanzar en la profesionalización de los cuidados y la mejora en la calidad del servicio (Recio et al., 2015; Molero, 2018).

Más allá del nivel retórico, para el análisis de las prácticas es preciso considerar la influencia del modelo de gestión del servicio y los mecanismos de regulación del mismo sobre el empleo generado y las prestaciones ofrecidas (Simonazzi, 2009). De entrada, se observa como los discursos sobre calidad del servicio apenas toman en consideración las condiciones del empleo, con la excepción de las demandas que proceden directamente de las organizaciones sindicales (Recio, 2011). Por un lado, como explica Picchi (2016), en el ámbito de los cuidados se tiende a priorizar la gestión privada frente a la pública. Los servicios públicos se presentan como una carga excesiva para las finanzas públicas, mientras que el mercado privado puede contener el coste de los servicios con flexibilidad salarial. Por el otro lado, como señala Recio (2014), la consolidación de un sistema caracterizado por la titularidad pública y la gestión privada se perfila como un rasgo definitorio de las condiciones laborales y la calidad del servicio. En el caso español, esta externalización supone servicios desvinculados de la Administración, pero dependientes de ella en su organización del trabajo. El sector público tiene un papel clave al definir los criterios de adjudicación, que incluyen aspectos relativos a las condiciones de empleo y de calidad del servicio, de

los contratos a las empresas. Sin embargo, los ajustes presupuestarios limitan los fondos destinados a la contratación de las empresas reduciendo el margen de acción de las instituciones públicas para introducir nuevos criterios en el pliego de cláusulas. Con relación al SAD, las entidades prestadoras del servicio están sujetas a las condiciones técnicas y administrativas de dicho pliego junto a las condiciones que establece el convenio laboral. En las negociaciones de éstos últimos no hay representación de la Administración y se da un protagonismo de las empresas privadas con escasa representación sindical debido, entre otros aspectos, a la temporalidad de los contratos (Roca, 2018). Sin embargo, es frecuente la falta de control público sobre el cumplimiento de ambos paquetes de condiciones (Recio, 2014).

Finalmente, junto a los discursos políticos y las prácticas de gestión, emergen los imaginarios que tienden a la naturalización y feminización del trabajo de cuidados limitando la profesionalización del sector. El escaso reconocimiento de los cuidados como empleo enlaza con la persistencia del imaginario familiarista. Moreno et al. (2016a-2016b) argumentan que el balance sobre los primeros años de implementación de la LAPAD constata cierto fracaso en la profesionalización de los servicios de cuidados a la dependencia señalando un conjunto de obstáculos socioculturales que refuerzan el papel de la familia y las mujeres. Las mujeres aparecen como las protagonistas de esos cuidados tanto a través del trabajo pagado, principalmente realizado por inmigradas, como del no pagado, mayoritariamente asumido por las mujeres de la familia, esposas e hijas (Moreno, 2019). Además de configurar el marco interpretativo de las políticas, estos imaginarios también condicionan las vivencias de las trabajadoras. En este sentido, Moré (2018) muestra como los contextos socioculturales condicionan la definición de los empleos repercutiendo en la dimensión material y simbólica del trabajo. El carácter social de los aspectos morales y emocionales contribuye a desnaturalizar los cuidados moldeando las identidades laborales de las trabajadoras.

En síntesis, las dificultades para profesionalizar el trabajo de cuidados están relacionadas, entre otras cuestiones, con: el modelo de gestión público-privado que se consolida sin garantías de control; y, los discursos que ignoran la relación entre condiciones de empleo y calidad del servicio al considerar, siguiendo el imaginario socialmente compartido, los cuidados una responsabilidad femenina.

1.2. Sobre el Servicio de Atención Domiciliaria

La cartera de servicios que introduce la LAPAD incluye el servicio de ayuda a domicilio definido como *el conjunto de actuaciones llevadas a cabo en el domicilio de las personas en situación de dependencia con el fin de atender sus necesidades de la vida diaria, prestadas por entidades o empresas, acreditadas para esta función (artículo 23)*. Se entiende que el SAD constituye un cuidado formal cuando se dispensa como prestación del SAAD y que realizan profesionales con cualificación acreditada para las actividades requeridas. Se trata de uno de los principales servicios de competencia municipal, que existía con anterioridad a la citada ley, caracterizado por realizar la atención cotidiana de las personas dependientes en el domicilio con el fin de facilitar que continúen viviendo en su entorno (Recio, 2014). El SAD se inicia en los años 70, tomando como referencia otros países europeos, se extiende territorialmente durante la década de los 90 hasta que se consolida con el despliegue de la LAPAD² (Fundación Caser, 2015).

La práctica de la gestión viene marcada por las leyes autonómicas que autorizan una doble modalidad (Franco y Ruiz, 2018): directa con personal contratado por la propia administración local e indirecta a través de entidades ajenas con fines no lucrativos (iniciativa social) o lucrativos (iniciativa mercantil)³. La financiación puede venir de los presupuestos de la Comunidad Autónoma, de los propios Ayuntamientos y de las personas usuarias a través de un sistema de copago⁴. En la mayoría de los casos, la misma institución pública deriva el servicio a entidades privadas siguiendo el modelo

² La cobertura del SAD es el 4,9% de la población mayor de 45 años durante el 2019 (IMSERSO, 2020)

³ Además, en algunos casos, se da una suerte de tercera modalidad con la gestión a través de una empresa pública o municipal, a través de una mancomunidad de la comarca o de los consejos comarcales. En cualquier caso, los tres modelos tienen distintas formas de concreción, algunas de las combinaciones que incluyen son: servicio externo con seguimiento público; personal propio y contratos con empresas externas de servicio; contratación de la totalidad del servicio; o, contratación de la prestación del servicio, pero mantenimiento público de la coordinación, planificación y seguimiento (Fundación Caser, 2015).

⁴ Según datos de la Fundación Caser (2015), el copago se da en un 70% de los Ayuntamientos, si bien en el 75% donde existe copago también se ofrece el servicio gratuito cuando no se alcanza un umbral determinado de ingresos.

de relación público-privado descrito en epígrafes anteriores⁵. Esta tendencia a la externalización, de una parte o de todo el servicio, se acelera con las medidas de austeridad que se implementan como respuesta a la crisis económica iniciada en 2008.

Además de los límites y las dificultades apuntadas para el modelo de gestión basado en la externalización, los aspectos sociolaborales vienen determinados por la segregación horizontal. Se trata de un sector laboral caracterizado por la feminización de la mano de obra, la precariedad de las condiciones de trabajo, el aislamiento de las trabajadoras y su escasa o nula capacidad de decisión. Distintas autoras explican como la interacción de los cuidados con el empleo en entornos institucionales se caracteriza por la segmentación racial y de género que se reproduce en el mercado de trabajo con condiciones laborales desiguales que afectan a las condiciones de vida y a la calidad de los servicios (Simonazzi, 2009; Federici, 2012; Ibáñez y León, 2014). Como apuntan Carrasquer y Torns (2007), la relación entre el tipo de empleo y el colectivo empleado no es casual para explicar la precariedad laboral en el sector de los cuidados. Una precariedad que se manifiesta en forma de bajos salarios, temporalidad, jornadas irregulares, incertidumbre en el número de horas trabajadas, parcialidad y falta de derechos laborales. Además, uno de los rasgos más definitorios del empleo en el SAD es el hecho de representar un trabajo que se realiza en los domicilios particulares (Martin Palomo, 2008; Roca, 2016). Desde la sociología de las profesiones, se observa que la centralidad del hogar en los cuidados contribuye a su devaluación en la medida que, a menudo, implica aceptar la informalidad, la no profesionalización y la subordinación (Recio et al., 2015). El lugar de trabajo representa una dimensión clave para entender la construcción social del empleo y las condiciones laborales. En este caso, el domicilio particular de la persona usuaria refuerza el carácter solitario de la persona trabajadora que se encuentra en un espacio íntimo con poca capacidad de intervención y muchas posibilidades de establecer relaciones de servitud (Fraisie, 2000). Por un lado, implica una situación de aislamiento de las trabajadoras y, por

⁵ Con relación al contexto catalán, en el año 2015, el 63% de los servicios eran prestados por entidades de iniciativa mercantil, el 22% de iniciativa social y el 15% públicas (ACRA, 2016). Y, según datos de la FSIE-UAB (2019) también relativos al caso catalán, el 77% de los Ayuntamientos mayores de 20.000 habitantes tenían licitada la provisión del SAD en 2019.

el otro lado, incide sobre el carácter femenino, precario e invisible del empleo. Aspectos que muchas veces se ven reforzados por las propias trabajadoras que articulan un discurso vocacional para referirse a su trabajo reforzando la naturalización del mismo. Distintos estudios muestran cómo, mayoritariamente, las trabajadoras tienen una baja percepción del valor social de su trabajo que se añade al poco reconocimiento profesional del trabajo de cuidados en el ámbito laboral (Izaola y Zubero, 2016; Roca, 2018; Franco y Ruiz, 2018). Como señala Picchi (2016), la negación del valor social del cuidado y el trabajo doméstico es una de las dificultades para mejorar las condiciones de trabajo más allá de lo determinado en el convenio colectivo.

Con relación a las empleadas, el SAD ocupa, mayoritariamente, mujeres con un doble perfil: autóctonas de mediana edad con una larga trayectoria laboral en el sector de los cuidados y mujeres jóvenes con menos de cinco años de experiencia entre las cuales se encuentra más población de origen extranjero (Izaola y Zubero, 2016; Franco y Ruiz, 2018). A partir del año 2000, el servicio crece dadas las tendencias sociodemográficas y, con el fin de dar respuesta al aumento de la demanda de cuidados, se requiere una rápida contratación de mano de obra más allá del perfil tradicional. Esta necesidad coincide con el incremento de flujos migratorios que convierte el trabajo de cuidados en un nicho de empleo para las mujeres inmigrantes (Parella, 2004; Martínez-Buján, 2011; Recio, 2014; Carrasquer, 2019). En este contexto, destaca el caso de Madrid y Barcelona donde el porcentaje de mujeres inmigrantes alcanza el 80% y el 40%, respectivamente, en comparación al resto de municipios donde son minoritarias (Franco y Ruiz, 2018).

El conjunto de aspectos relatados sobre el SAD justifica el interés por analizar hasta qué punto el nuevo modelo de gestión impulsado a nivel local por el Ayuntamiento de Barcelona contribuye a superar los límites descritos para la mejora de las condiciones laborales y la calidad del servicio. En última instancia, se trata de analizar cómo desde la Administración pública se puede contribuir a la profesionalización del trabajo de cuidados. La hipótesis de partida apunta que, a diferencia del modelo tradicional, la provisión del SAD en las *Superilles Socials* basada en la organización del trabajo en equipo autogestionado y limitado territorialmente conlleva mejoras materiales y simbólicas para las personas empleadas y usuarias. Además, también se sugiere que el nuevo modelo de gestión contribuye a

equiparar los dos perfiles de trabajadoras familiares favoreciendo la socialización de conocimientos entre las mujeres autóctonas con mucha experiencia laboral acumulada y las jóvenes, algunas de ellas inmigrantes, con menor trayectoria.

2. METODOLOGÍA

Con el fin de dar respuesta a los interrogantes planteados, se presentan parte de los resultados del estudio de caso realizado acerca del nuevo modelo de gestión SAD que impulsa el Ayuntamiento de Barcelona con el nombre de las *Superilles Socials* desde 2018⁶. Se trata de un proyecto diseñado en el marco de la innovación social y acción comunitaria e impulsado desde los servicios de planificación e innovación del Área de Derechos Sociales (Ajuntament de Barcelona, 2018)

La gestión del SAD responde al modelo público-privado representando el segundo contrato municipal más importante en cuanto a volumen de gasto después del servicio de limpieza. La licitación divide el servicio por distritos en cuatro lotes que pueden gestionar hasta cuatro entidades privadas, de iniciativa social o mercantil. El SAD cuenta con 24.000 personas usuarias atendidas por 4.000 trabajadoras familiares y auxiliares de limpieza que dan un total de 4 millones y medio de horas de servicio. Las dificultades y resistencias descritas en el apartado anterior con relación a la gestión del SAD dan cuenta de la precariedad laboral que se manifiesta en forma de contratos a tiempo parcial, sueldos de convenio bajos y una elevada temporalidad en la contratación. Desde la perspectiva del servicio, el volumen de domicilios a atender semanalmente dificulta la personalización del SAD. Con todo, el modelo tradicional de provisión del SAD muestra límites y márgenes de mejora desde la gestión, la perspectiva laboral y la experiencia de las personas usuarias (Moreno, 2018).

En este escenario, surge la iniciativa de las *Superilles Socials* como una prueba piloto que pretende dar respuesta a un triple objetivo: mejorar la calidad del servicio, mejorar las condiciones labo-

⁶ El estudio de caso se realizó como parte del proyecto referenciado en la nota de página 1.

rales de las profesionales y garantizar la sostenibilidad socioeconómica del SAD. Se trata de una propuesta inspirada en el modelo de Buurtzorg, organización holandesa de servicios sanitarios domiciliarios (Kreitzer, 2015). El proyecto define una nueva forma de provisión del servicio basada en la creación de equipos de trabajadoras que atienden a un grupo reducido de personas usuarias residentes en un entramado que ocupa entre 3 y 6 manzanas urbanas. En concreto, grupos de 10-12 trabajadoras (trabajadoras familiares y auxiliares de limpieza) realizan la atención de 50-60 personas que viven en una misma zona residencial permitiendo adaptar los horarios de los servicios según las necesidades cotidianas de los usuarios y no en función de la jornada laboral. Este sistema permite crear comunidades de cuidados estables para mejorar la calidad de la atención y las condiciones de trabajo de las profesionales.

En el año 2018, se inició el piloto en cuatro barrios que pertenecen a las cuatro zonas diseñadas para la licitación del servicio gestionadas por tres instituciones privadas distintas: Marina de Port, Sant Antoni, Vilapicina i la Torre Llobeta y Poblenou. En el caso de Vilapicina, también se desarrolla el proyecto SAD de integración sociosanitaria con el objetivo de explorar la colaboración y coordinación entre las trabajadoras familiares y las personas profesionales de la salud para mejorar la atención a domicilio. Durante el 2019, la prueba piloto se extendió a cuatro nuevas *superilles* en los mismos barrios. El pliego de condiciones para la licitación del servicio realizado en 2021 contempla la progresiva extensión del nuevo modelo de gestión con el objetivo de implementar entre 60 y 120 *superilles* antes del 2025. Además, se prevé un incremento salarial del 14% de acuerdo con el nuevo convenio del sector, así como la introducción de mejoras laborales y de control de la calidad del servicio. La adjudicación de este nuevo contrato se inscribe en un proyecto más amplio, *VilaVeïna*, que se impulsa con el objetivo de mejorar la coordinación e integración de los servicios y recursos relacionados con los cuidados a partir de unidades territoriales reducidas buscando fomentar la dimensión comunitaria

Los datos empíricos que se presentan en este artículo forman parte de los grupos de discusión realizados con los equipos de trabajadoras familiares de los cuatro pilotos impulsados inicialmente en el marco del estudio de caso referenciado. Cada grupo estaba integrado por 10 o 11 personas, todas trabajadoras familiares dedicadas a la atención directa excepto una de ellas en cada equipo que,

como auxiliar del hogar, se dedicaba a la limpieza. Con relación a las características de las mujeres, estaba representado el doble perfil reseñado (Franco y Ruiz, 2018), siendo ligeramente superior el caso de las trabajadoras autóctonas con larga experiencia laboral en comparación a las más jóvenes, inmigrantes y noveles en el sector. El objetivo fue captar la experiencia, discursos e imaginarios de las personas que protagonizan y organizan los cuidados vinculados al SAD a partir de una dinámica de conversación grupal. Los cuatro grupos se realizaron durante el curso 2018-19, se grabaron con el consentimiento informado de las personas participantes, se transcribieron literalmente y se explotaron siguiendo un análisis de contenido con el soporte del *software Atlas.ti*. A continuación, se exponen las principales claves interpretativas del trabajo de campo en forma de resultados.

3. RESULTADOS

Los datos analizados se exponen en dos apartados orientados a dar respuesta a los interrogantes planteados: por un lado, los aspectos de mejora para las condiciones laborales y la calidad del servicio del nuevo modelo de gestión del SAD en comparación al modelo tradicional; y, por el otro lado, los límites y riesgos del mismo para la profesionalización del trabajo de cuidados.

3.1. Aspectos de mejora de las condiciones laborales y la calidad del servicio

El relato de las trabajadoras familiares que forman parte de la prueba piloto del nuevo modelo de gestión del SAD permite captar elementos de valoración, socialmente compartidos, sobre las condiciones laborales y la calidad del servicio en la atención directa a las personas usuarias.

3.1.1. Las condiciones laborales

A partir de la experiencia acumulada a lo largo del primer año de implementación, se apunta la mejora de las condiciones laborales con relación a distintos ejes considerados clave desde una perspec-

tiva material y simbólica. El primer aspecto que destacan las trabajadoras es el aumento de su capacidad para autogestionar el trabajo de cuidados que, en última instancia, supone reconocer su criterio como profesionales. Se trata de una mejora substancial en comparación con el modelo anterior donde las tareas de atención en el domicilio estaban fijadas y no se podían modificar, aunque las necesidades de la persona usuaria fueran distintas a lo asignado.

Puedes gestionarte, con tu... bajo tu criterio, decirle a una usuaria, "mire... Petra, hoy no podemos hacer esto por tal, tal, tal, y mañana lo podemos hacer, ¿qué le parece?". Se hace... ¿cómo se llama?, se llega a acuerdos, se pacta con el usuario. Y antes nosotras, pues traíamos unas tasques, y si te salías de ahí parecía que habías descubierto América, ¿eh? Entonces, ahora, yo con los usuarios, eh... llego a acuerdos, pacto cosas, o les digo, "esto, yo no le puedo hacer porque dentro de nuestro reglamento, esto no se debe hacer", porque la palabra prohibido no me gusta, "esto no debo hacerlo, por esta, esta razón, si usted quiere que se haga, hable para que se le amplíen las tasques. (Grupo 1, entrevistada 3)

La competencia reconocida a las trabajadoras para gestionar el contenido y la organización del trabajo implica más flexibilidad para organizar los tiempos y espacios de los cuidados. El nuevo modelo les permite tomar decisiones sin necesidad de consultar con la coordinadora del SAD en la zona. Ambos aspectos facilitan la adecuación del servicio a las necesidades de las personas usuarias, así como respuestas ágiles a los problemas sobrevenidos.

Y... sí, sí, mucha autogestión. (Grupo 4, entrevistada 5)

Pues la verdad que muy bien, muy favorable...aún son bastante más cercanos...y la verdad que estamos, bueno yo estoy muy contenta de estar en ese grupo y luego claro la flexibilidad que tenemos ante cualquier incidencia...antes no veíamos como más abocadas a llamar a la oficina y tal y ahora pues como nos autogestionamos nosotros... pues... en un momento: ¡oye mira me pasa esto! ...y muy bien. La verdad es que es una experiencia muy positiva. En este año haciendo cositas...entre unas y otras...pues donde no llega una llegamos la otra y como estamos en cercanía estamos todas juntas... pues, muy bien, muy bien. (Grupo 3, entrevistada 1)

El segundo aspecto que coinciden en subrayar es la redistribución física y emocional de la carga de trabajo que facilita el hecho de formar parte de un equipo. Se trata de un cambio material y sim-

bólico fundamental porque supone pasar de trabajar en solitario a formar parte de un grupo de trabajo coordinado.

Para mí por ejemplo la palabra clave es equipo, ya...trabajamos por un objetivo en común...eh y este equipo tiene unas características, yo soy la que ha entrado último, entonces está basado en el respeto, la lealtad y el compromiso... (Grupo 2, entrevistada 6)

El hecho de formar parte de un equipo se percibe como una mejora de las condiciones laborales porque permite la socialización profesional y personal de las trabajadoras, especialmente de las que llevan menos tiempo en el sector, algunas de ellas inmigrantes. Por un lado, introduce la posibilidad de compartir los problemas con las personas usuarias, pedir ayuda para buscar soluciones o simplemente contar con el apoyo de las compañeras. Un conjunto de aspectos que influyen positivamente en la motivación de las propias empleadas.

A mí me ocurrió que fui a un servicio que era una suplencia, no conocía a la señora, y la señora tenía un conato de ictus, y entonces, mientras la atendía a ella, llamé a la persona que yo sabía que me iba a coger el teléfono en ese momento, que fue a Mi. Y, "M, me está pasando esto, comunícalo en el grupo y a ver qué puedo... si alguien puede echar una mano". Bueno, el caso es que esto se resolvió, pero me sentí acompañada, ¿saben? Si hubiera sido, eh... en el antiguo SAD...A mí me ha ayudado también... no sé, para... ¿cómo te digo? Pues no sé. Siento más apoyo, vengo más contenta al trabajo... eh... (Grupo 2, entrevistada 9)

Por el otro lado, la dinámica de grupo posibilita establecer relaciones sociales en un trabajo que, tradicionalmente, se ha definido por su carácter aislado, rutinario y solitario. Unas condiciones laborales que sumadas a la falta de reconocimiento social invisibilizan la pericia profesional de las trabajadoras familiares que, en el modelo tradicional, a menudo se sentían desmotivadas.

Es que antes había mucha soledad. De verdad que sí. O sea, llegabas a... tú trabajabas, tal... no encontrabas... O sea, siempre era la misma rutina. Ahora no, ahora no hay rutina (Grupo 1, entrevistada 5)

Más motivada. Sí. Mucho mejor. (Grupo 3, entrevistada 4)

Por el contrario, además de representar una mejora para las condiciones laborales, la autogestión y el trabajo en equipo repercuten

positivamente en el desarrollo de competencias y adquisición de capacitaciones de las trabajadoras: las que acumulan más experiencia pueden ejercerla sin limitaciones, las que son noveles en el sector refuerzan su identidad profesional. En este sentido, a partir de su discurso, se observa como la organización del trabajo, la distribución de los horarios y la coordinación con las compañeras implican la puesta en práctica de un conjunto competencial inexistente en el modelo tradicional. Junto a los aspectos de carácter organizativo, la posibilidad de gestionar situaciones sobrevenidas también supone la articulación de habilidades hasta el momento no puestas en práctica. El relato sobre su experiencia laboral señala algunas de estas competencias entre las que destaca la capacidad de ser resolutivas.

Más resolutivas. O sea, ahora lo noto viendo, claro, tenemos el WhatsApp y tal, eh... que no, que una compañera se enfermó, pin, pin, pin, o sea, como, todo ya se vuelve muy... un poco mecánico digamos y... O sea, las compañeras que... que... al principio, "no... hay que mirar", ya todo es mucho más fácil, entonces eso, la capacidad resolutiva que hay... (Grupo 3, entrevistada 5)

Otro aspecto que contribuye a la mejora competencial está relacionado con la valoración social del trabajo de cuidados. Una de las características del servicio de atención domiciliaria es la falta de reconocimiento de las tareas que implica en la medida que se tienden a feminizar y naturalizar subestimando la capacitación y pericia que requieren. Las trabajadoras se consideran cuidadoras naturales y, en el caso de las mujeres inmigrantes, los estereotipos raciales pueden contribuir a reforzar dicha naturalización. Se considera que facilitar la alimentación e higiene de las personas dependientes forma parte del quehacer de las mujeres. Con el nuevo modelo de gestión, las trabajadoras siguen realizando estas tareas, pero ellas mismas deciden cuándo y cómo hacerlo poniendo en valor su criterio profesional.

Es que con el modo tradicional nos ponían unas funciones, unas tareas: ducha o acompañamientos o compras. Más allá de esto no se hacía. No como ahora que pedimos visita para el trabajador social...todo... (Grupo 4, entrevistada 5)

Además, la responsabilidad en la gestión de los cuidados añade otras tareas a las habituales más visibles como la relación con otras personas profesionales en el sector de atención a la dependencia.

Esto es cierto, disculpa que te corte, yo al principio hice unas revisiones de grado y cuando vino la trabajadora social, llamaron y me dijeron: “¿puedes venir este día?” y yo dije “sí, sí, yo estoy ahí” y en realidad he conseguido segundos grados, eh...grado dos de dos usuarias y una satisfacción...de verdad... ¿por qué? porque he comentado el caso, he dicho cuáles son las limitaciones, entonces la trabajadora social me pregunta: ¿y esto cómo lo hacéis? (Grupo 2, entrevistada 4)

Finalmente, el hecho de poder contribuir en los diagnósticos junto a otras profesionales favorece la mejora del reconocimiento profesional de las trabajadoras familiares, así como la visibilidad social de las tareas de cuidado. En primer lugar, el reconocimiento emerge con la posibilidad de interactuar con otras profesionales en el sector y a nivel de empresa. En este sentido, el contacto directo con las familias se percibe como un reconocimiento de su profesionalidad, criterio y capacidad para resolver problemas.

El tema de la comunicación, que yo es una de las cosas que más... que más me gustan de... del piloto... (Grupo 4, entrevistada 5)
... y también al hecho de la comunicación directa por parte nuestra con los familiares y con las mismas personas que tenemos, antiguamente no teníamos directamente nosotros posibilidad de tener esta comunicación, esto es muy importante porque si tú detectas cualquier cosa que no necesitas ni hablarlo con cualquiera de nosotros, si no directamente con la persona familiar más cercana, pues hay esta manera de poderlo resolver, al momento, ¿sabes? esto es muy importante. Quiero decir el tiempo se excusa dijéramos, ¿no? si antiguamente podías pasar una semana en resolver algo, ahora directamente con el familiar lo puedes resolver el mismo momento y es muy importante. (Grupo 2, entrevistada 3)

En segundo lugar, se observa como la misma organización del trabajo contribuye a dar visibilidad social a los cuidados al poner en valor el papel de las trabajadoras familiares que, al tener voz como interlocutores, dejan de ser invisibles. Además, la organización del servicio en un ámbito territorial limitado dentro de la ciudad y un grupo reducido de personas usuarias favorece su visibilidad dentro del barrio integrándose en la cotidianeidad del vecindario.

Sí, porque realmente, el haber zonificado esta parte del barrio, realmente, es lo que se ha sacado de provecho, de que trabajar en esta zona, todas conocemos la zona, o sea, todas sabemos

dónde movilizarnos, todas sabemos dónde acudir, y si, por algún motivo yo no llego, pido ayuda a alguna compañera, esta compañera... “Ah pues no te preocupes, que ya voy yo, ya te lo hago, tal...”. O sea, trata, tratamos entre las nueve trabajadoras, incluida la compañera de limpieza, pues... ayudarnos, ayudarnos hasta donde podemos, podamos llegar todas. (Grupo 3, entrevista 3)

En resumen, el relato de las trabajadoras señala mejoras relativas a la capacidad de autogestión, el trabajo en equipo, la ampliación del abanico competencial y el reconocimiento profesional según su trayectoria laboral. Un conjunto de aspectos que se añaden a los nuevos vínculos establecidos dentro del grupo de trabajadoras y del mismo con el entorno comunitario. Unos vínculos que son la base sobre la cual parece construirse una identidad colectiva que refuerza el prestigio profesional de los cuidados al ser identificadas socialmente como un equipo donde se equiparan los dos perfiles de mujeres más allá de su experiencia anterior.

Entrevistada 5: ¡El Equipo A! Somos el Equipo A, ¡ya nos Hemos bautizado!

VARIOS / AS: (Risas)

Entrevistada 9: Sí, sí, un usuario es lo que nos bautizó.

Entrevistadora: ¿Un usuario?

Entrevistada 9: Sí, sí, un usuario. Entonces éramos, el “Equipo” Sí y el “Equipo A”. “El Equipo A” ... (Grupo 4)

3.1.2. *La calidad del servicio*

Como apunta la literatura especializada, los discursos sobre calidad del servicio apenas toman en consideración las condiciones laborales cuando se piensa en la mejora del sector de atención a la dependencia. Esta ausencia discursiva, no casual, desaparece cuando se analiza el impacto del nuevo modelo de gestión del SAD. El discurso de las trabajadoras familiares señala como la mejora laboral facilita la mejora de la atención a las personas usuarias.

Todo el cambio ha sido positivo, porque la manera que tenemos de hacer y de trabajar es mejor para nosotras y para los usuarios, que en sentido genérico son ellos el objeto de nuestro trabajo. Nosotros vamos a ellos, y la aceptación que tenemos, yo encuentro que ahora es mucho mejor, mucho mejor, más abierto. (Grupo 4, entrevista 6)

Con relación a esta cuestión, es preciso matizar que la mejora laboral se refiere a la capacidad de organizar y gestionar las tareas de cuidados. Concretamente, las trabajadoras identifican el trabajo en equipo, autogestionado y con posibilidad de comunicar con las familias. En este sentido, no se valoran las condiciones de empleo entendidas como el modo en que se presta el trabajado asalariado (salario, tipo de contrato, jornada laboral, etc.) que se analizan en el siguiente apartado.

Desde esta perspectiva, los grupos de discusión muestran como muchas de las mejoras laborales percibidas por las trabajadoras se traducen en mejoras de la calidad del servicio prestado. Por ejemplo, el trabajo en equipo o la flexibilidad de los tiempos introducen cambios positivos en la atención de las personas usuarias. En primer lugar, el hecho de ser atendidas por un grupo de trabajadoras refuerza la sensación de acompañamiento, a la vez que descarta el temor a recibir el servicio por parte de una persona desconocida, como en el caso del modelo tradicional cuando hay que cubrir una baja.

Yo lo que veo por lo menos es que hay más acompañamiento tanto para la persona atendida como para el equipo. Ellos se sienten más acompañados porque nosotros estamos más involucrados donde antes no lo podíamos hacer (Grupo 3, entrevistada 2)

En segundo lugar, la capacidad de las trabajadoras familiares para organizar el servicio permite ajustarlo a las necesidades de las personas usuarias en cada momento. En este sentido, se subraya la ineficacia del modelo tradicional que, de manera rígida, obliga a mantener las tareas fijadas en cada domicilio aunque surja una urgencia médica. Esta adecuación del servicio a las demandas del momento contribuye a la mejora de su calidad e implica, de manera indirecta, la toma de decisiones por parte de las trabajadoras familiares legitimando su criterio profesional.

Luego, bueno, con el tema de los usuarios están contentos porque les damos un poquito más de flexibilidad ¿no? si tiene que ir al médico, si tiene que hacer alguna gestión. Antes estábamos un poquito más cerradas en este tema, teníamos nuestro horario y ya está. Ahora pues, podemos eh... hacer un poquito más, y ellos están más contentos. (Grupo 2, entrevistada 1)

A partir de la experiencia relatada por las trabajadoras se observa que el nuevo modelo de gestión del SAD permite fomentar el para-

digma de la atención centrada en la persona⁷ con una mayor personalización del servicio que, por definición, debería evitar la gestión rígida y serializada.

Pasa que antes, eh, todo... es mi percepción, que antes todo era más mecánico, era, luego, pin, pin, el usuario, tin, tin, tin, ya está, "me voy, porque tengo..." , eso. Entonces, no preguntarle cómo está, "¿está de cumpleaños?, feliz..." , toda esa parte humana, que es tan importante, entonces, eso sí que lo he sentido. (Grupo 1, entrevistada 5)

Por el contrario, como señalan las mismas trabajadoras, realizar el servicio en el domicilio particular introduce un conjunto de potencialidades para mejorar la calidad de vida de las personas usuarias desde su cotidianidad. Un ejemplo frecuente es la posibilidad de poder celebrar cumpleaños.

O sabes que es su cumpleaños y no tiene a nadie que le llamará. Pues estas cosas se intentan cuidar más, que antes no lo podías hacer. (Grupo 2, entrevistada 7)

El trabajo en equipo y la comunicación directa con las familias son aspectos que también se relacionan con las posibilidades que tienen las trabajadoras de ofrecer un servicio más humano.

Por ejemplo ahora tenemos un caso con Grey...Grey que te parece...¿vamos a ir por aquí? o ¿vamos a ir por allí? o ¿vamos a hablar con su hijo?...antes no, antes tú te lo guisas, tú te lo comes...¿sabes lo que te quiero decir? ahora es como más humano. Yo lo percibo como más humano. (Grupo 1, entrevistada 4)

La comunicación emerge, de nuevo, como un elemento fundamental en el relato de las trabajadoras. Por un lado, porque abre la posibilidad de modificar determinadas pautas de conducta del entorno familiar de las personas usuarias.

A mí me ha pasado un caso donde el hijo no se involucraba nada con el tema de las pastillas y ahora como ha visto que yo he estado muy encima, que la llevo al médico...y el hijo vive quien dice al lado...y eso ha hecho de que él se involucre más con su

⁷ Se trata de un modelo profesionalizado que busca cuidar apoyando que las personas puedan seguir teniendo control en su vida cotidiana y desarrollando sus capacidades.

madre como que ahora soy yo la que lo voy a hacer, yo voy a llevarla a las visitas...de cierta manera uno los enseña también a los familiares. (grupo 1, entrevistada 2)

Por el otro lado, porque permite justificar determinadas organizaciones del trabajo, distribución de las tareas o toma de decisiones. Un aspecto que refuerza el perfil profesional de las trabajadoras a la vez que ofrece un trato adulto a las personas usuarias alejándose de las prácticas que tienden a infantilizarlas. En este sentido, el nuevo modelo acarrea un potencial transformador que debe lidiar con las inercias del modelo tradicional.

Y la gente queda contenta. Bueno, al final, las personas si le explicas las cosas con tranquilidad, eh... mirándole a la cara, eh... la gente te entiende lo que quieres, lo que quieres que la persona... el mensaje que quieres transmitir (Grupo 4, entrevistada 3).

Finalmente, la delimitación territorial y el número reducido de usuarias son factores que se consideran fundamentales para la mejora de la calidad del servicio porque permiten socializar el trabajo entre las profesionales para establecer el vínculo en la atención y garantizar un trato individualizado.

Por eso decimos individualizado porque cada persona tiene su problemática y entre todos intentamos solucionar, encajar lo mejor que podemos como equipo siempre, porque a lo mejor yo opino una cosa, pero mi compañero que está ahí dice: "no, no Ana por aquí no"... es super importante es esto la suerte de las "super illes" es esto, que tenemos unas 50, 60 personas al principio no los conocíamos, pero cuando ya llevas un tiempo es como una red. Yo siempre lo digo nos autoalimentamos un poco todos de todo, ¿no? de lo que vamos viendo y es super importante. Yo por ejemplo tenía la posición de antes la de trabajadora y la de ahora de autogestión... y para mí... es un cambio super diferentes: la manera de trabajar, el respeto. Luego, el hecho de contar siempre con un compañero, con un apoyo. (Grupo 2, entrevistada 5)

Emerge, de nuevo, el factor territorial como un elemento clave en el relato de las trabajadoras en la medida que permite introducir la dimensión de la proximidad y cotidianeidad en los cuidados. Además, ellas mismas son conscientes que el encuentro cotidiano entre las personas del equipo y las personas usuarias fomenta la visibilidad del trabajo de cuidados y la interacción social.

Pasa que, al ser un grupo más reducido, de trabajadoras familiares y de usuarios, entonces también, como siempre más o menos, nos vamos comunicando y nos vamos encontrando y los usuarios también, ya vas conociendo a todas las trabajadoras, entonces, el día, si yo no voy, va otra compañera que ya la conocen... (Grupo 2, entrevistada 10)

... nos encontramos mucho y nos encontramos con usuarios, que cada uno muchas veces ellos se conocen ya, entonces si yo voy a hacerle una suplencia a la ... a Luisa, dice “ay, pos vendrá aquella chica rubita que nos encontrábamos en la calle “. (Grupo 2, entrevistada 12)

Como consecuencia del conjunto de aspectos relatados, el nuevo modelo de gestión puede contribuir a cambiar el imaginario social acerca del SAD, uno de los retos más difíciles para profesionalizar el trabajo de cuidados en un contexto sociocultural familiarista. A partir de la experiencia de las trabajadoras, se observa que la estrecha relación entre la mejora de las condiciones laborales (que incluye mayor flexibilidad y capacidad de autogestión) y la calidad del servicio parece recaer en el potencial transformador del trato personalizado bajo el paraguas de la proximidad y cotidianeidad. La experiencia conjunta, entre trabajadoras y personas usuarias, de la prueba piloto da como resultado la emergencia de un imaginario compartido sobre la calidad del servicio más allá de la familia.

A veces ahora entre ellos mismo comentan lo que es el sistema de trabajo porque me lo han dicho...me dicen “el otro día me encontré con una señora que no sé quién es pero sé que la llevan ustedes y dicen que está encantada con este nuevo sistema porque siempre está con alguien si no es uno es el otro, pero que está muy contenta con la nueva forma de trabajo. (Grupo 1, entrevistada 2)

3.2. Los límites y riesgos del modelo

A pesar de las mejoras que el nuevo modelo de gestión introduce, el relato de las protagonistas también plantea algunos límites y riesgos para la profesionalización del trabajo de cuidados.

3.2.1. Los límites profesionales y laborales

Como apunta la literatura especializada, el ámbito sociosanitario de los cuidados ha tendido a excluir a las trabajadoras familiares

tanto de los servicios de salud como de los servicios sociales. En este sentido, la experiencia del piloto no parece ser suficiente para superar el obstáculo sociocultural que representa el mantenimiento de las jerarquías profesionales. El relato de las trabajadoras pone de manifiesto la contradicción que viven al constatar cómo, a pesar de ser las profesionales que cuentan con la información más privilegiada acerca de la persona usuaria, persiste la invisibilidad y el menosprecio profesional hacia ellas.

Entrevistada 1: Quizá no quieren compartir lo que ellos ... la información que ellos saben con nosotras, o que los tienen como ellos, o ...

Entrevistada 11: Pero nosotras tenemos mucha información que ellos no tienen también.

Entrevistada 10: ¡Nosotras, mucha más!

Entrevistada 1: Pero a lo mejor ellos tienen un rango superior y nosotros somos más inferiores, entonces ellos ... no sé ...

Entrevistada 2: Lavaculos, lavaculos... ¡Pero así, eh! Tal como te lo digo. "Vamos a lavar culos".

Entrevistada 4: Lo que pasa es que la gente quizás no sabe aún todo lo que abarcamos. Que no sólo es lo que tú has dicho, hacemos muchísimas más cosas. (Grupo 3)

Junto al problema de las jerarquías profesionales, emergen los límites relativos a las condiciones de empleo entendidas como los aspectos que regulan el trabajo asalariado. Se trata de un ámbito regulado en el pliego de condiciones de la concesión y el convenio colectivo del sector. El hecho de tratarse de una prueba piloto que se inicia a mitad de la concesión dificulta la revisión de las condiciones salariales que, además, viene marcada por la negociación colectiva a nivel de sector. Sin embargo, dicha cuestión aparece en el discurso de las trabajadoras, sobre todo, cuando se relata la percepción que las representantes sindicales tienen del nuevo modelo. En este sentido, emerge un discurso crítico que subraya como el piloto supone más volumen de trabajo para las empleadas sin verse reconocido el conjunto de competencias adicional que requiere su implementación.

Bueno, esto, con respecto también, tengo otras compañeras que no lo ven bien el piloto porque genera, cómo te puedo decir... desconfianza en el sentido de mayor trabajo por menos dinero... me lo han dicho tal cual...tengo varias compañeras que son de

comisiones, delegadas y tal que me lo han dicho...entonces les digo, pero no es así, si tu entras y lo ves y lo trabajas porque ella es buena trabajadora vas a ver que va a ir bien....¿no?...porque eso... siempre refutando...bueno es mi percepción y yo te digo como es el trabajo. (Grupo 1, entrevistada 5)

Más allá del discurso de los agentes sociales, el relato de las trabajadoras que forman parte de la prueba piloto pone de manifiesto la contradicción entre las condiciones de trabajo y empleo, es decir, entre la dimensión instrumental y expresiva. Por un lado, coinciden en señalar la mejora de las condiciones laborales como un elemento que favorece su satisfacción profesional con el trabajo de cuidados. Sin embargo, por otro lado, son conscientes que asumen más responsabilidad sin recibir el debido reconocimiento económico. En cualquier caso, existe un consenso entre todas las participantes en la prueba piloto que, al valorar el grado de satisfacción, prioriza los aspectos expresivos por encima de los aspectos instrumentales.

Con el tema económico, a ver yo creo que estamos peor por eso, porque ahora tenemos más responsabilidades, pero el mismo sueldo. Pero es que el tema de que te sientes más realizada, más contenta contigo misma...estás más contenta porque dices “he hablado con la enfermera y me ha hecho caso y le he dicho esto y lo otro...”, en el trabajo, vale la pena... (Grupo 2, entrevistada 9)

3.2.2. *El riesgo del trabajo de cuidados como vocación*

Dicha priorización de la dimensión expresiva introduce el riesgo de reforzar el aspecto vocacional de los cuidados en detrimento de su profesionalización. Una de las cuestiones que señala la investigación especializada es la tendencia a naturalizar el trabajo de cuidados considerándolo una cualidad de las mujeres y alejándolo de cualquier tipo de proceso formativo orientado a la adquisición de habilidades. Sin embargo, la vinculación social de los cuidados a la feminidad acentúa el supuesto carácter esencial de unas tareas que, como cualquier trabajo, requieren de un aprendizaje. A pesar de reivindicar el reconocimiento social de su trabajo, las mismas trabajadoras vinculan vocación con profesionalidad en ausencia de formación específica. Dicha vinculación conlleva el riesgo de reproducir parte del imaginario que naturaliza y feminiza los cuidados dificultando la profesionalización del sector.

Podría ser, pero sin parecer pedantes ni hacerse medallas ... justamente por lo que decían porque la nuestra es un trabajo poco valorado, porque es un trabajo que hasta ahora acceder con una titulación muy básica, hay todo tipo de gente trabajando, hay gente que no tiene vocación y hay gente que lo hace porque ... es un trabajo que me sale, pero es que además hago esto, por las tardes ... voy a fregar, pero luego hago eso. ... porque el sueldo no permite muchas veces que puedas vivir de esto y hace que cualquier persona pueda ... o crea que puede hacer este trabajo ... y no lo puede hacer ... no ... entonces, es un trabajo que ahora que se ha hecho un grado medio cuando venía el grado superior, cuando sea gente con una titulación como es debido ... eh... podrá tener otras exigencias laborales que también permitirá que sea más golosa y entonces sí ... Cuando haya gente más preparada, ahora depende mucho de nuestra vocación ... todas somos muy vocacionales ... claro está trabajo la procuramos hacer también ... pero también sabemos que hay muchas compañeras que ... mira que no son profesionales ... (Grupo 4, entrevistada 5)

El uso del lenguaje resulta significativo para analizar hasta qué punto las trabajadoras familiares contribuyen a reproducir determinados estereotipos y roles de género con relación a los cuidados. Los diminutivos, adjetivos posesivos o determinados sustantivos forman parte de un trato que corre el riesgo de superar la relación entre la profesional y la persona usuaria. La idea de que la trabajadora debe de ser una persona cariñosa y afectiva puede convertir el servicio en una suerte de relación maternal que, siguiendo la inercia del modelo tradicional, tienda a la infantilización.

Yo a mi Marcos se lo presento a todo el mundo. (Grupo 3, entrevistada 3)

Ellos están más... más arropados, más mimados, sería la palabra más... (Grupo 2, entrevistada 10)

Y se siente acompañada y no está solita. (Grupo 1, entrevistada 3)

El conjunto de estas expresiones forma parte de la jerga de las trabajadoras familiares, pero también, entre ellas, aparece cierta conciencia crítica de lo que supone un trato que se mueve entre lo profesional y lo maternal.

Aquí hay mucha mami... (Grupo 4, entrevistada 9)

Además del riesgo a naturalizar el trabajo de cuidados con la propia práctica, aparece en el relato de las trabajadoras las dificultades

que supone desempeñar las tareas en el domicilio particular de las personas usuarias. Un aspecto que apunta a las dificultades de establecer una relación de respeto profesional cuando los cuidados, un trabajo subestimado, se realizan en un espacio considerado íntimo y privado.

... que ni hablar! Que en su casa no entraba más de una persona. Si él aceptaba... o sea, si él aceptaba, eso... (Grupo 3, entrevistada 12)

A ver, ellos también están en su casa y tampoco se puede hacer ... imponer. Nosotros, al menos yo, lo que hago es intentar animarle, a ver, bueno pues si hoy no quieres... intentar que ... salir, con buenas palabras, con todo esto. Pero si te dice que no, pues es que no, estás en casa y ... obligarle, obligarle ... (Grupo 2, entrevistada 7)

Finalmente, la misma naturaleza de las cuatro pruebas piloto junto al éxito que parece acompañarlas al año de su implementación hace emerger un tercer riesgo: la construcción de una identidad de equipo percibida como singular y poco permeable que puede dificultar la extensión e implementación del modelo en otros territorios dentro de la ciudad. Un riesgo que puede resultar paradójico si se considera que el nuevo modelo contribuye, por un lado, a equiparar el doble perfil de trabajadoras dentro del equipo y, por el otro lado, puede excluir otros perfiles menos vocacionales en vistas a su expansión territorial

Chicas, lo que es la... la frase del coaching... ¿la decimos? ¿Vale? Motivación, comunicación, más escucha, más autogestión, más confianza. Eso es nuestro equipo. (grupo 4, entrevistada 3)

Bien. En mi caso, yo me he adaptado, porque yo ya encontré consolidado el equipo. (Grupo 3, entrevistada 8)

CONCLUSIONES

El artículo parte de la necesidad de profesionalizar el sector de los cuidados con el fin de revisar la organización social de los mismos. Tomando como referencia el debate teórico sobre los distintos modelos de gestión y las condiciones laborales de las trabajadoras se pregunta sobre el papel de la Administración pública en la profesionalización del trabajo de cuidados. A partir de la literatura especializada, se argumenta que una de las dificultades para la mejora

del sector está relacionada con el modelo de gestión público-privado junto a los discursos que ignoran la relación entre condiciones de empleo y calidad del servicio al naturalizar los cuidados como una responsabilidad femenina. Desde esta perspectiva, se plantea hasta qué punto la Administración pública puede contribuir a la profesionalización del trabajo de cuidados superando las dificultades socio-culturales existentes. Para dar respuesta a dicho interrogante, se fija la atención en el SAD entendido como un servicio de proximidad que, a su vez, representa uno de los ámbitos más precarios y con más mujeres inmigrantes. En concreto, se presenta una parte de los resultados de un estudio de caso realizado sobre el nuevo modelo de gestión del SAD que impulsa el Ayuntamiento de Barcelona desde 2018. La hipótesis de partida apunta que, a diferencia del modelo tradicional, la provisión del SAD en las *Superilles Socials* basada en la organización del trabajo en equipo autogestionado y limitado territorialmente conlleva mejoras materiales y simbólicas para las personas usuarias, así como para las trabajadoras entre las cuales se equipara el doble perfil de empleadas

Los datos empíricos presentados constatan la posibilidad de mejorar el reconocimiento profesional y social de las trabajadoras familiares del SAD a partir de modelo de gestión público-privado. Para ello, resulta fundamental la intervención de la Administración pública en la definición de los criterios que orientan la organización del trabajo y la prestación del servicio. Una intervención pública que debe asumir el discurso que vincula las condiciones laborales con la calidad del servicio. El análisis de la experiencia y el relato de las trabajadoras que participan en las pruebas piloto del nuevo modelo de gestión evidencia el potencial transformador del control público para contribuir a la profesionalización del trabajo de cuidados y mejorar la calidad del servicio con un trato más personalizado.

Por un lado, se apunta a la mejora de las condiciones laborales con relación a distintos ejes considerados clave: autogestión y flexibilidad organizativa en el tiempo y el espacio; redistribución física y emocional de la carga de trabajo; mejora del reconocimiento y visibilidad social de las tareas de cuidado; desarrollo de competencias y adquisición de capacitaciones; así como, potencialidad de la comunicación con las familias.

Por el otro lado, el discurso de las trabajadoras familiares señala como la mejora de sus condiciones laborales facilita la atención individualizada a las personas usuarias. Sus relatos evidencian que

muchos de los aspectos identificados como una mejora laboral tienen su traducción en mejoras de la calidad del servicio prestado. En este sentido, se señala que el trabajo en equipo, la flexibilidad de los tiempos y la comunicación con las familias contribuyen a la personalización del servicio adaptándolo a las necesidades de la persona usuaria y alejándose de la inercia infantilizadora. Con todo, el potencial transformador del trato personalizado se multiplica en un contexto de proximidad cotidiana siendo la dimensión territorial y de grupo el factor exponencial.

Sin embargo, fruto de la evidencia empírica recogida, también se apunta un conjunto de límites y riesgos. Por un lado, los límites de las jerarquías profesionales donde las trabajadoras familiares siguen ocupando el último eslabón dentro del sector. Asimismo, los límites de las condiciones de empleo en la medida que la prueba piloto no se acompaña de una mejora salarial a pesar de implicar más responsabilidad para las trabajadoras. Aspecto que, como se ha comentado, se resuelve en la licitación del año 2021 en el marco del nuevo convenio laboral del sector. Por el otro lado, se observa un riesgo vinculado a la naturalización de un conjunto de habilidades aprendidas por parte de las mismas trabajadoras al identificar, en su relato, elementos vocacionales con relación a su empleo. En este sentido, la prioridad de los aspectos expresivos del trabajo por encima de los instrumentales puede ser contraria a la profesionalización de los cuidados si invisibiliza parte de los conocimientos, competencias y habilidades. La falta de requerimientos técnicos socialmente valorados junto a la idea de vocación reproduce el rol natural de cuidadora en detrimento a la figura de profesional del cuidado. La naturalización de las habilidades bajo la mirada vocacional se explica por el proceso de socialización al margen del modelo de gestión del servicio. Sin embargo, la organización del SAD puede contribuir a reconocer los saberes y las experiencias que se esconden tras las inercias del modelo tradicional. En este punto, surge la importancia de las identidades que se manifiestan como resistencia y reto en el nuevo modelo de gestión. La fuerte consciencia de grupo, entre lo vocacional y lo profesional, que se observa en las pruebas piloto se expresa de manera paradójica. Si bien permite complementar profesionalmente el doble perfil de trabajadoras familiares (autóctonas con larga experiencia en el sector y jóvenes, algunas inmigrantes, con escasa trayectoria), también puede generar una división entre las participantes en la prueba piloto las empleadas del modelo tradicional.

Como conclusión, se apunta que, más allá de crear nuevas profesiones relacionadas con la organización social de los cuidados como sugieran distintas voces, parece mejor estrategia prestigiar las profesiones existentes con el impulso de nuevos modelos de gestión desde la Administración pública. En este sentido, un aspecto fundamental es el reconocimiento profesional y social del trabajo de cuidados que, en el contexto de la Covid-19, se ha reforzado. En cualquier caso, prestigiar el trabajo de cuidados es tan necesario como realizar inversiones económicas para acabar con la precariedad laboral de la mayoría de las mujeres, muchas de ellas inmigrantes, que trabajan en el sector.

BIBLIOGRAFÍA

- Ajuntament de Barcelona (2018). *Cap a un nou model de gestió del Servei d'Ajuda a Domicili. Les superilles socials*. Barcelona.
- Barañano, M., & Marchetti, S. (2016). Perspectivas sobre género, migraciones transnacionales y trabajo: rearticulaciones del trabajo de reproducción social y de cuidados en la Europa del Sur. *Investigaciones feministas*, 7(1), 9-34.
- Bettio, F., & Veraschagina, A. (coord.) (2012). *Long-Term Care for the Elderly. Provisions and Providers in 33 European Countries*. Luxemburgo: Comisión Europea.
- Carrasquer, P. (2019). *El terra enganxós de les dones a la ciutat de Barcelona*. Barcelona: Ajuntament de Barcelona
- Carrasquer, P., & Torns, T. (2007). Cultura de la precariedad: conceptualización, pautas y dimensiones. Una aproximación desde la perspectiva de género. *Sociedad y Utopía. Revista de Ciencias Sociales*, (29), 139-156.
- Díaz-Gorfinkiel, M., & Martínez-Buján, R. (2018). Mujeres migrantes y trabajos de cuidados: transformaciones del sector doméstico en España. *Panorama Social*, (27), 23-36.
- Ezquerro, S., Pla, M., & Cantillo, M. (2016). Resistencias y retos ante la desfamiliarización del cuidado de las personas mayores. En S. Ezquerro, M. Pérez Salanova, Ma. Pla, & J. Subirats (Eds.). *Edades en transición. Envejecer en el siglo XXI*. Barcelona: Ariel.
- Federici, S. (2012). *Revolution at Point Zero: Housework, Reproduction, and Feminist Struggle*. UK: Palgrave Macmillan.
- Fraisse, G. (2000). Servidumbre, servicios de proximidad y democracia. En M. Maruani, C. Rogerat & T. Torns (Eds.). *Las nuevas fronteras de la desigualdad*. Barcelona: Icaria.
- Franco, P., & Ruiz, B. (2018). *El trabajo de ayuda a domicilio en España*. Madrid: Fundación Estatal para la Prevención de Riesgos Laborales.

- Fundación Caser (2015). *La situación del Servicio de Ayuda a Domicilio en el ámbito local y perspectivas de futuro*. (en línea). <https://www.fundacion-caser.org/actividades/estudios/la-situacion-del-servicio-de-ayuda-domicilio-en-el-ambito-local-y-perspectivas-de-futuro>
- Fundació Salut i Envelliment – FSiE (2019). *Rànquing 2019 d'entitats adjudicatàries de les licitacions del Servei públic d'ajuda a domicili a Catalunya*. (en línea) <https://www.uab.cat/web/consultoria/serveis-sociosanitaris-i-d-atencio-social-1345769627373.html>
- Ibáñez, Z., & León, M. (2014). Resisting Crisis at What Cost? Migrant Care Workers in Private Households. En B. Anderson y I. Shutes (Eds). *Migration and Care Labour*. London: Palgrave Macmillan
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales (2020). *Informe Anual 2019*. (en línea) https://www.imserso.es/imserso_01/el_imserso/informes_anuales/informe2019/index.htm
- Izaola, A., & Zubero, I. (2016). *Estudio de situación y alternativas de gestión del SAD en Ermua y Bizkaia*. Leioa: Universidad del País Vasco.
- Kreitzer, M. J. (2015). Buurtzorg Nederland. A global model of social innovation, change and whole systems healing. *Global Advances in Health and Medicine Journal*, 4(1):40-44.
- Lyon, D., & Gluksmann, M. (2008). Comparative configurations of care work across Europe. *Sociology*, 42(1), 101-118
- Marcu, S. (2009). Inmigrantes rumanas en el servicio doméstico y de cuidados de la Comunidad de Madrid. *Estudios Geográficos* 70, 463-489.
- Martínez-Buján, R. (2011). La reorganización de los cuidados familiares en un contexto de migración internacional. *Cuadernos de relaciones laborales*, 29(1), 93-123.
- Martin Palomo, M. T. (2008). Domesticar el trabajo: una reflexión a partir de los cuidados. *Cuadernos de Relaciones Laborales*. 26(2): 13-44.
- Molero, M. L. (2018). Propuestas de reforma del sistema de protección social de la dependencia en favor de una mayor calidad de los cuidados y del empleo. *Derecho de las relaciones laborales*, 3, 262-276.
- Molero, M. L. (2020) Las trabajadoras del cuidado: por un futuro de trabajo decente. *Revista de derecho social*, 89, 33-64.
- Moré, P. (2018). Los límites del cuidado. Organización de la asistencia a domicilio para personas mayores en Madrid y París. *Revista Internacional de Sociología*, 76 (1), 86.
- Moreno, S., Recio, C., Torns, T., & Borràs, V. (2016a). Long-term care in Spain: Difficulties in professionizing services. *Journal of Women & Aging*, 29 (3), 200-215.
- Moreno, S., Recio, C., Borràs, V., & Torns, T. (2016b). Significados e imaginarios de los cuidados de larga duración en España. Una aproximación cualitativa desde los discursos de cuidadoras. *Papeles del CEIC*, 145(1), 1-28.
- Moreno, S. (2018). La acción comunitaria y los cuidados a domicilio. En C. Vega, R. Martínez & M. Paredes (Eds.) *Cuidado, comunidad y común:*

- experiencias cooperativas en el sostenimiento de la vida*. Madrid: Traficantes de sueños
- Moreno, S. (2019). El desafío de género en los cuidados de la vejez: ¿riesgo u oportunidad social?. En VVAA. *VIII Informe FOESSA*. (en línea). www.foessa.es/viii-informe/capitulo2.
- Parella, S. (2004). La interacción entre clase social, género y etnia: el reclutamiento de mujeres inmigrantes en el servicio doméstico. *Mientras Tanto*, 93, 83-99.
- Picchi, S. (2016). The elderly care and domestic services sector during the recent economic crisis. The case of Italy, Spain and France. *Investigaciones feministas: papeles de estudios de mujeres, feministas y de género*, 1 (7), 169.
- Recio, C. (2011). El sector de atención a las personas en España: una mirada desde el empleo." *Sociología del Trabajo*, 71, 7-25.
- Recio, C. (2014). *El empleo en el sector de atención a las personas en España*. Tesis Doctoral. Universitat Autònoma de Barcelona.
- Recio, C., Moreno, S., Borràs, V., & Torns, T. (2015). La profesionalización del sector de los cuidados. *Zerbitzuan: Gizarte zerbitzuetarako aldizkaria/ Revista de Servicios Sociales*, 60, 179-193.
- Roca Escoda, M. (2016). 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
- Roca Escoda, M. (2018). Desigualdades de género en el Servicio de Ayuda a Domicilio: políticas, discursos y prácticas. *Revista Internacional de Organizaciones*, 20, 59-80.
- Saraceno, C. (2010). Social inequalities in facing old-age dependency: A bi-generational perspective. *Journal of European Social Policy*, 20, 32-44.
- Simonazzi, A. (2009). Care regimes and national employment models. *The Cambridge Journal of Economics*, 33(2), 211-232.
- Torns, T., Borràs, V., Moreno, S., & Recio, C. (2014). *Nuevas profesiones para la organización social del cuidado*. (en línea). http://www.inmujer.gob.es/areasTematicas/estudios/estudioslinea2014/docs/Nuevas_profesiones_organizacion_social.pdf acceso 23 julio 2018