

La cura a la dependència i l'anomenada crisi de les cures no són temes nous. Potser el que és nou és la magnitud de la necessitat i que el FoCAP aborda per primera vegada un tema tan complex, les cures en sentit ampli, més enllà del que estrictament correspon a l'atenció primària de salut.

L'atenció i la cura de la vida, sobretot de les persones amb dependència, és un tema que continua sense assumir-se socialment i política al nostre país, queda relegat dins de les parets de la llar, de la individualitat. D'aquesta manera, es manté en un terreny privat i invisible i la societat esdevé sorda a les veus de les persones que necessiten ser cuidades.

La llei de la dependència del 2006 va ser un tebi intent d'assumir, des de l'estat, les necessitats i els desitjos de les persones dependents, però mai va estar dotada econòmicament de manera suficient i va ser truncada per la recessió, que la va limitar encara més en amplitud i recursos. I així, comptem amb uns serveis socials i públics pobres, insuficients i poc desenvolupats.

El nostre país té un model de cures mediterrani, propi dels països del sud d'Europa (Espanya, Itàlia, Portugal i Grècia), que centra les cures en la família i en el qual els organismes públics tenen un paper molt reduït. Aquest model és molt diferent del dels països nòrdics, en els quals la provisió de les cures està majoritàriament en mans de les institucions públiques.

El sistema de cures s'estructura en base a un enfocament patriarcal que assigna aquesta responsabilitat a les dones. L'absència d'homes en les funcions de cura és possible per la imposició d'una desigualtat social entre gèneres. El rol és imposat i assumit per les dones, no remunerat o remunerat precàriament i queda invisibilitzat.

La pobra assumpció pública ha possibilitat un enfocament mercantil que troba en l'espai de les cures un nou camp d'obtenció de beneficis, sigui mitjançant la provisió dels minsos serveis públics existents, o per la provisió directa de serveis privats. D'aquesta manera l'empresa privada es beneficia de l'enfocament androcèntric i de la feminització del sector. Imposa a les treballadores unes condicions laborals nefastes que reproduïxen i amplien la discriminació de les dones. D'altra banda, l'existència de treball no regulat de persones que són pagades (moltes vegades molt mal pagades) directament pels afectats o les seves famílies introdueix més iniquitats socials també en el camp de les cures.

El mercat i el patriarcat de nou van de la mà i, com diu Amaia Pérez Orozco "Los problemas de la crisis de cuidados se trasfieren de unas mujeres a otras en base a unos ejes de poder en una larga cadena de la cual están sistemáticamente ausentes los hombres".

Partint d'aquesta anàlisi volem contextualitzar com és actualment l'espai de les cures al domicili, i quines són les persones i els col·lectius que hi són presents. A la figura 1 l'hem reflectit gràficament.

EL CENTRE de l'espai de cures al domicili l'ocupen les persones que les seves malalties, la seva edat, o les seves necessitats especials els impedeixen ser autònoms en la seva vida diària. Són aquestes persones les qui li donen sentit. La resta d'agents, de les que parlarem tot seguit, giren sempre al voltant de les persones dependents, de les seves necessitats i de quina és la millor manera de cobrir-les.

Aquesta població sovint són gent gran i majoritàriament dones. Sovint també són persones molt fràgils i vulnerables, el que les fa susceptibles de ser objecte de maltractaments i de vulneració dels seus drets. Aquest fet es reflecteix en les notícies que periòdicament surten als mitjans.

La proporció de persones en situació de dependència està experimentant un increment progressiu, en paral·lel amb el creixement del percentatge de gent gran. Segons la Comissió Europea es preveu que a tots els països de la UE la població de 65 i més anys passi del 19% actual al 29% el 2080, i la de 80 i més anys passi de l'actual 5,5% al 12,7%. Amb aquestes previsions la taxa de dependència de les persones grans (població de 65 i més anys vs. població entre 15-64 anys) es veurà afectada d'una manera important, preveient que sigui del 52,3% el 2080.

Segons la darrera Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia (DASD-2008) realitzada l'any 2008, el 4,7% de la població espanyola eren persones en situació de dependència, el 65,2% de les quals eren dones. A Catalunya la xifra era molt similar (4,2%). A la mateixa enquesta troben que aquesta xifra augmenta exponencialment quan es considera la dependència en persones de 65 i més anys, que a la província de Barcelona arriba al 16%. Les treballadores del Servei d'Atenció Domiciliària (SAD), assenyalen que entre les persones ateses a la ciutat de Barcelona l'any 2016 el 74% eren dones.

Caldria parlar de les preferències de les persones respecte on i com ser cuidades. Tanmateix, malauradament, les seves veus són silenciades i això provoca un buit de coneixement sobre el tema. Alguns autors diuen que les persones no tenen preferència pel lloc de la cura sinó per la seva qualitat, en tant que d'altres assenyalen que les persones amb dependència voldrien ser cuidades en el seu propi entorn. Possiblement estan presents els dos desitjos, i moltes vegades si les persones decideixen (i a vegades se'ls imposa) deixar el seu entorn es perquè els manquen possibilitats de cures al seu domicili. Això queda reflectit al punt 10 del dodecàleg elaborat a la 5a Convenció «Les veus de les persones grans», celebrat a Barcelona el 2008, que diu: "Cercar solucions habitacionals que donin resposta a les necessitats de les persones grans al llarg de les diferents etapes de l'envelliment, i ampliar els recursos específics per garantir la vida quotidiana de les que viuen a casa seva."

LES DIFERENTS PROVEÏDORES DE CURES

Qui cuida les persones dependents? Quins són els actors que giren al voltant de les persones amb autonomia reduïda per a les tasques de la vida diària?. Podríem agrupar-les en: la família, l'estat i les institucions públiques (l'Atenció Primària de Salut [APS], i les treballadores del Servei d'Atenció Domiciliària [SAD]), les empreses privades (pagades per la mateixa persona dependent o la seva família), i la societat amb els seus recursos comunitaris (Fig. 1).

Tot i la seva importància no parlarem de les tasques de cura aportades per la comunitat (escala, veïnat, associacions, programa RADARS, Creu Roja, etc.). Parlarem de les persones que tenen contacte directe amb la persona depenent, perquè hi ha evidència científica de què cuidar d'altres no és senzill i que aquesta tasca té repercussions en la salut física i psicològica, i en la vida social de les persones cuidadores. I perquè només des d'una posició de relatiu benestar es pot exercir satisfactòriament la cura dels altres.

Parlar de cadascun dels col·lectius de persones que intervenen en les cures donaria per un post en si mateix, per no dir per un tractat. No obstant això, aquí donarem només unes pinzellades que ens permetin esquematitzar i configurar l'espai de cures.

Les cuidadores familiars

A Catalunya i Espanya, les cuidadores principals són habitualment les dones de la família: la parella, les filles i les joves. Les dones són generalment les cuidadores de les seves parelles homes i, quan no hi són o claudiquen (per malalties, edat, etc.), passen el relleu a les filles o les joves. Dones que no poden competir en relació d'igualtat en el mercat laboral, que sovint es veuen obligades a deixar el treball, qüestió que les empobreix i els condiciona el seu futur, fins a ser abocades a pensions no contributives quan són grans. Dones a les quals la cura dels seus familiars les afecta també en la cura personal, les activitats socials i d'oci, etc. Segons l'Encuesta DASD-2008, el 80-88% de les cures són proveïdes per la família, i les dones assumeixen més del 80% de la cura de la salut familiar no remunerada.

El servei d'atenció domiciliària (SAD)

El SAD parteix de la bondat de la permanència al propi domicili sempre que sigui possible, criteri preferencial que inspira l'acció dels serveis socials. La prestació de la cura a la dependència a domicili és una competència pública que correspon als municipis, directament o a través del consell comarcal en el cas de municipis petits. Tant la titularitat, la responsabilitat de la prestació, com ara la gestió del servei són municipals. No obstant això, la provisió del servei pot ser realitzada directament per l'administració local (tal com passa a Sant Feliu de Codines), o a través d'entitats privades a les quals es traspassa la provisió.

A Catalunya, amb les excepcions que hem comentat, el servei està externalitzat a empreses com ara "Afers socials", "Sacyr social", i la cooperativa "Suara". Algunes d'aquestes són empreses que provenint de la construcció s'han reconvertit al món de les cures, però amb grans deficiències en la qualitat del servei que donen als pacients i en la cura de les seves treballadores.

Les treballadores del SAD, de nou majoritàriament dones, s'autoanomenen treballadores pobres. Les condicions laborals són de gran precarietat, amb sous molt baixos (el 98% de les treballadores cobren menys de 1000€, el 39% tenen un contracte temporal i el 70% treballen a temps parcial i amb un sou ínfim), horaris molt variables que coneixen d'un dia per altre, amb grans desplaçaments entre domicilis, sense ajuda ni assessoria tècnica i amb formació molt escassa. Les treballadores afronten tota mena de riscos laborals: mecànics, infecciosos, agressions... perquè sovint no disposen de material de protecció com guants o guantes.

Destaquem que l'ajuntament de Barcelona ha aprovat recentment que assumirà la gestió directa del 10% de les treballadores del SAD de la ciutat. D'aquesta manera es remunicipalitzarà una part petita del servei que afectarà a unes 400 treballadores. Algun altre municipi, com Mataró, també estan treballant en projectes de remunicipalització del servei.

Volem posar en valor una experiència pilot que s'està iniciant també a Barcelona, "Les superilles de cures i proximitat". Basades en el model holandès d'atenció domiciliària anomenat Model Buurtzorg Nederland, es creen equips de treballadores del SAD en un territori petit i acotat amb la finalitat de millorar el servei i l'organització del treball. Estan constituïts per grups de 12-14 treballadores que s'encarreguen de 50 usuaris d'una zona concreta. Treballen en equip i no de forma aïllada, s'autoorganitzen i es coresponsabilitzen del treball, i humanitzen l'atenció donant longitudinalitat, ja que l'usuari coneix l'equip i el té com referent. A més, la territorialitat afavoreix la coordinació amb altres agents de cura del territori, i així en alguna zona les treballadores de les superilles es reuneixen als centres d'APS, i han començat a treballar de manera coordinada amb les treballadores d'APS.

3. L'Atenció Primària de Salut

Al blog del FoCAP hem parlat en moltes ocasions de les característiques inigualables de l'APS per atendre els pacients amb autonomia reduïda o que no poden sortir del seu domicili. La visió integral, l'accessibilitat i sobretot el coneixement llarg del temps de les persones i el seu context, situa l'APS en una posició única per conèixer i atendre les persones dependents.

L'APS cobreix les necessitats sanitàries de les persones en situació de dependència. Les treballadores socials (TS) dels equips (fins fa poc molts equips de l'ICS no disposaven d'aquestes professionals) participen també en la detecció de necessitats i en la planificació de les cures en relació amb els serveis socials municipals. Però sovint la coordinació no és del tot àgil o no estan ben delimitades les funcions de les TS d'un servei i l'altre. Tampoc les infermeres o altres professionals dels equips d'APS estan connectades amb les treballadores del SAD, de manera que es donen serveis fragmentats i es perd el potencial de visió global de necessitats i processos d'atenció de cures.

No insistirem més sobre aquest tema. Únicament remarcarem que de nou a l'APS les persones que s'encarreguen de les cures són predominantment dones, gènere majoritari tant en el col·lectiu de professionals mèdics, com ara el d'infermeria, i el de treball social (segons la memòria de l'ICS de 2018 el 77,2% de les treballadores d'APS són dones).

4. Treballadores domiciliàries privades

Segons l'Encuesta de Población Activa del 2018 a Espanya hi ha 616.900 persones treballadores de la llar, de les quals el 89% són dones. D'aquestes, només 410.634 estan afiliades a la Seguretat Social, diferència que ens parla de l'elevada taxa d'economia submergida i precarietat laboral que existeix en aquest col·lectiu, i que sovint ve propiciat per la llei d'estrangeria.

Dins d'aquest col·lectiu hi ha persones que només fan les feines de la llar i d'altres que assumeixen a més a més, o de manera exclusiva, l'atenció a persones amb dependència. Es poden trobar molt diverses modalitats de treball, des del treball per hores fins al règim

d'internat, en el qual comparteixen habitatge i pràcticament tota la jornada en el domicili de la persona que cuiden. No existeix un contracte diferenciat per a les activitats de feina de la llar o per a l'activitat de cura de les persones dependents. Parlem sens dubte del col·lectiu de cuidadores més precari, que majoritàriament són dones migrants i que a vegades treballen en condicions properes a l'esclavatge. Moltes no tenen contracte, i encara que el tinguin cotitzen molt poc, el que generarà pensions molt baixes, poden ser acomiadades (fins i tot si estan embarassades) sense justificar el perquè, i no tenen prestació d'atur.

Són també les cuidadores més invisibilitzades i tenen la connotació de què sovint deixen els familiars (pares, fills) als seus països d'origen per venir a cuidar les persones dependents dels països rics. En aquest col·lectiu és on més es dona la intersecció dels diferents eixos de desigualtat i de poder: ser dona, de classe social baixa, migrant... Eixos que determinen les condicions socials, laborals i de salut d'aquestes treballadores.

Arantxa Zaguirre, que va estudiar aquest col·lectiu en profunditat, ens planteja aquesta reflexió: "El sistema de cuidados no puede contar de manera indefinida para su sostenimiento con un colectivo de trabajadoras a las que se mantiene en condiciones de pobreza, vulnerabilidad e infraprotección".

LES CARACTERÍSTIQUES DE L'ESPAI DE LA CURA

En funció de tot el que s'ha exposat podem definir l'espai de cures amb les següents característiques:

Espai de salut i de cura de les persones per atendre les necessitats bàsiques i les addicionals derivades de les condicions de dependència d'un sector de població que no pot cuidar-se per si mateixa.

Espai feminitzat i per tant infravalorat. En les societats patriarcals la tasca de cura és tradicionalment atribuïda a les dones, tant en l'àmbit familiar com professional, motiu pel qual té menor reconeixement laboral i social.

Espai fragmentat en xarxes d'atenció separades, que depenen d'organismes i conselleries diferents. Els equips d'APS no estan connectats amb el SAD, de manera que es donen serveis descoordinats i es perd el potencial de visió global de les necessitats i els processos d'atenció i de cures.

Serveis públics pobres i insuficients. La cura a la dependència no és un dret universal, té una cobertura pública insuficient i dispersa entre diferents administracions.

Espai de gestió i provisió privada, sotmès a la dinàmica de la mercantilització i mal regulat des del punt de vista laboral i de les condicions del servei.

QUÈ FER? CAMINS DE MILLORA

A continuació s'apunten uns elements que proposem per tal de millorar les cures de les persones en la nostra societat.

Dignificar la persona amb pèrdua d'autonomia, atenent les seves necessitats bàsiques i addicionals que li permetin reconèixer-se i ser reconeguda com a persona i com a part de la societat.

Com a societat som responsables de la defensa dels seus drets, sobretot quan aquest col·lectiu està en condicions d'elevada fragilitat i ja no pot reclamar-los. Les administracions públiques han de garantir les condicions per fer realitat aquests drets. Per això, cal desenvolupar la llei de la dependència i proveir-la dels recursos econòmics necessaris.

Dignificar i fer visible la tasca de cures, reconèixer la seva importància personal, institucional i social. Prestigiar les professions i col·lectius que es dediquen a la cura. Trencar la bretxa de gènere i incrementar el nombre d'homes cuidadors.

Que els serveis públics assumeixin, organitzin i universalitzin realment el dret de les persones a ser cuidades. Qüestionar la pertinència de la lògica mercantil i de les empreses que actualment gestionen els SAD. Promoure un procés de desprivatització i remunicipalització dels serveis.

Cuidar totes les cuidadores tant per la seva seguretat com per a la de la persona dependent. Assenyalar no només els aspectes durs del cuidar sinó potenciar els positius. Hi ha sempre reciprocitat i aportacions bilaterals entre qui cuida i qui és cuidat. Com diu el blog sano y salvo, "cuidar esdevé a vegades en font de malaltia per les cuidadores, però també, si es donen les condicions necessàries, podem gaudir de la satisfacció de donar i ser cuidats".

Reconèixer el treball de les cuidadores familiars com un treball real amb dret a cotitzar, i amb drets laborals equiparables a altres sectors de serveis.

Assegurar les condicions laborals, formatives, etc., de les treballadores del SAD i de les professionals d'APS.

Visibilitzar i combatre els eixos de poder als que estan sotmeses les treballadores domiciliàries privades. Denunciar i trencar l'economia submergida i garantir en aquest col·lectiu drets laborals equiparables a altres sectors de serveis.

Millorar la coordinació entre tots els col·lectius que formen part de la cura a les persones dependents: cuidadores familiars, treballadores domiciliàries privades, treballadores del SAD i treballadores de l'APS. El SAD podria treballar més enfocat i amb millors resultats si comptés amb l'orientació i el suport de les infermeres i treballadores socials d'APS.

Integrar funcionalment a les treballadores del SAD amb els equips d'APS. En aquest sentit donem la benvinguda a les iniciatives elaborades per l'ajuntament de Barcelona i per la Generalitat tot esperant que passin de l'elaboració a l'acció. Donem també la benvinguda a l'estratègia de les superilles del SAD, model que s'ha d'universalitzar a Barcelona i a Catalunya i que facilitarà l'atenció integrada social i sanitària.

Com a conclusió volem ressaltar la importància d'impulsar una comunitat de cures, una comunitat solidària que posi la cura i la sostenibilitat de la vida al centre de la responsabilitat social i col·lectiva. Per això, tal com diu Carol Gilligan hem de passar de l'ètica femenina de la cura a l'ètica humana de la cura en la qual tots els éssers humans desenvolupin la seva

capacitat natural de cuidar, en una societat més justa i més democràtica, i per tant, no androcèntrica.