



“Direito à preguiça”, de Camila Betoni, 2021, acrílica sobre tela

# Mujeres que cuidan en silencio. El impacto de la Covid-19 en el trabajo de cuidados domiciliarios en España\*

Mireia Roca-Escoda\*\*

Salvador Cayuela-Sánchez\*\*\*

Juan Ignacio Rico-Becerra\*\*\*\*

## Resumen

En este artículo reflexionamos sobre el impacto de la Covid-19 en los trabajos de cuidados a personas en situación de dependencia realizado en los entornos domésticos en España, concretamente los Servicios de Ayuda a Domicilio (SAD). Mediante una metodología cualitativa, hemos recogido las experiencias y percepciones de gestores, representantes sindicales y trabajadoras del SAD para incidir en las limitaciones y oportunidades de la crisis en la realización de su labor, teniendo en cuenta el ámbito privado donde se desarrolla esta actividad y la falta de valoración social de estos trabajos. Así, aunque la pandemia ha vuelto a subrayar la precariedad y feminización de los trabajos de cuidados, también ha evidenciado su importancia social y económica.

**Palabras clave:** Trabajo, Cuidados, Covid-19, Servicios ayuda a domicilio, Género.

---

\* Recibido el 07 de enero de 2022, aceptado el 13 de septiembre de 2023.

\*\* Profesora asociada en el Grado de Trabajo Social de la Universidad de Barcelona y la Universidad Rovira y Virgili, Barcelona, España. [mireiaroca@ub.edu](mailto:mireiaroca@ub.edu) / <https://orcid.org/0000-0003-0953-0385>

\*\*\*Professor em el Department of Philosophy de la Universidad de Murcia, Murcia, España. [scayuela@um.es](mailto:scayuela@um.es) / <https://orcid.org/0000-0002-1982-3301>

\*\*\*\*Enfermería en la Universidad de Murcia, Murcia, España. [juan.rico@um.es](mailto:juan.rico@um.es) / <https://orcid.org/0000-0002-3120-4511>

Women who care in silence. The impact of covid-19 on home care work in Spain

**Abstract**

In this article we reflect on the impact of Covid-19 on care work for people in a situation of dependency carried out in domestic environments in Spain, specifically the Home Help Services (SAD). Using a qualitative methodology and on the one hand, we have collected the experiences and perceptions of managers, unions and SAD workers to highlight the limitations and opportunities of the crisis in carrying out their work; and on the other hand, taking into account the private sphere where this activity takes place and the lack of social appreciation of these works. Thus, although the pandemic has once again underlined the precariousness and feminization of care work, it has also evidenced its social and economic importance

**Keywords:** Work, Cares, Covid-19, Home help services, Gender.

## Introducción

El SARS-CoV-2 es una nueva tipología coronavirus notificada por primera vez el 31 de diciembre de 2019 en Wuhan (provincia de Hubei, China), causante de la enfermedad denominada Covid-19. La facilidad de propagación producida por el contacto próximo entre las personas (fundamentalmente a través de secreciones o gotículas respiratorias y aerosoles) en un mundo hiperconectado, ha provocado una pandemia vírica de dimensión planetaria.

España, como el resto de los países, se ha visto superada por su embate. Aquí, el 31 de enero de 2020, se confirma el primer caso, el de un turista alemán que pasaba sus vacaciones en La Gomera (islas Canarias) y que había tenido un contacto estrecho en Alemania con un infectado. Quince días después, el 24 de febrero, salta a territorio peninsular, confirmándose casos en la Comunidad de Madrid, Cataluña y Valencia. A partir de aquí, el incremento del número de infectados y fallecidos va creciendo paulatinamente, empezando a ser significativo a partir del 8 de marzo. El 11 de marzo de 2020, la Organización Mundial de la Salud (OMS) elevó la situación de emergencia de salud pública a pandemia internacional. Unos días después el Gobierno español, mediante el Real Decreto 463/2020 de 14 de marzo, declara el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria. Esto, entre otras rigurosas decisiones que afectan a todo el territorio nacional, incluye, la limitación de la libre circulación de las personas (Artículo 7) o las medidas dirigidas a reforzar el Sistema Nacional de Salud (Artículo 12). Sin embargo, las medidas gubernamentales para garantizar los cuidados a personas mayores y dependientes han sido del todo insuficientes (Zalakaín et al., 2020), y las trabajadoras del cuidado se han visto obligadas a trabajar en condiciones de precariedad aberrante y expuestas al riesgo del contagio (Hernández; Pereira, 2021). Una crisis que ha evidenciado, aún más si cabe, la fragilidad del sistema de cuidados y la necesidad de desarrollar políticas que pongan en el centro a las personas (Batthyány, 2020).

En este artículo analizamos el impacto de la pandemia en el trabajo de cuidados remunerado realizado a personas en situación de dependencia en sus hogares en el contexto español<sup>1</sup>. Nos hemos centrado en recoger las experiencias y percepciones de gestores, trabajadoras del Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD) y representantes sindicales del sector, en tres Comunidades Autónomas españolas (Aragón; Cataluña; Murcia) para incidir en las limitaciones y oportunidades de la crisis en la realización del trabajo.

Nuestro enfoque teórico se basa en las aportaciones feministas que analizan las relaciones de género y la devaluación del trabajo de cuidados en las sociedades occidentales a partir de la división sexual del trabajo, delegadas a las mujeres en el ámbito privado y reproductivo (Benería, 1981; Carrasco, 2009). Público y privado se construyen como dos esferas que organizan la sociedad y sus representaciones, donde lo público es un espacio de acción colectiva y lo privado no es político (Barbieri, 1996). Esta dicotomía ha sido cuestionada desde el feminismo para mostrar que ambos son espacios que interactúan, reivindicando al tiempo que el cuidado no es exclusivo de la esfera doméstica, sino que se configura como una responsabilidad social asumida por distintos agentes (Daly; Lewis, 2000; Cerri; Almilló-Martínez, 2012).

El cuidado que se realiza en el SAD tiene la particularidad de que es una actividad desarrollada en el espacio privado a través de un recurso público. Esta situación trasciende la dicotomía público-privado (Daly; Lewis, 2000), a la vez que conlleva tensiones y ambivalencias durante la realización de los trabajos (Roca, 2017). Además, son trabajos feminizados, realizados en condiciones de precariedad (Díaz; Elizalde, 2015; Roca, 2017, 2018; Muñoz; Pitxer, 2018) y atravesados por desigualdades de género, clase y etnia (Roca, 2017).

En este sentido nos ha interesado indagar en cómo el espacio privado en el que se desarrolla esta labor condiciona las estrategias para realizar el trabajo, las medidas adoptadas en materia de protección, así como la regulación y valoración del mismo por parte de las propias trabajadoras, todo ello en el contexto de la Covid-19. Por otro lado, también nos ocupamos de ver en qué medida se está modificando el cuidado en este tiempo de pandemia, una actividad multidimensional que ha sido

---

<sup>1</sup> Este artículo forma parte de una investigación más amplia: “*El cuidado importa. Impacto de género en las cuidadoras/es de mayores y dependientes en tiempos de la Covid-19 (CUMADE)*”. Fondo Supera COVID-19 Santander-CRUE-Universidades Españolas. 1/07/2020 a 30/06/2021. IP: Dolors Comas d’Argemir (URV).

ampliamente conceptualizada desde distintas perspectivas en la literatura académica (Carrasco; Borderías; Toms, 2011).

Empleamos para esta investigación la metodología cualitativa, basada en un trabajo de campo realizado entre abril y diciembre de 2020 en tres comunidades Autónomas (Aragón; Cataluña; Murcia). No se trata de un estudio comparativo entre las comunidades autónomas ni representativo del fenómeno, más bien presentamos un análisis antropológico desde la perspectiva de género, por lo que la elección de las comunidades autónomas tiene que ver con el trabajo de campo realizado por las y los investigadores del equipo de investigación. Para este artículo nos basamos en 16 entrevistas<sup>2</sup> realizadas a trabajadoras/es y gestores del SAD: 10 a profesionales de atención directa (mujeres entre 40 y 55 años, 2 de ellas extranjeras procedentes de Cuba y Colombia), 4 a gestores de empresas y entidades prestadoras del servicio, y 2 a responsables sindicales. Las personas entrevistadas se seleccionaron siguiendo unos criterios de inclusión basados en el lugar de trabajo y la categoría laboral. Los contactos se realizaron a partir de contactos previos de las personas investigadoras y, posteriormente, se siguió la estrategia de bola de nieve. El guion de entrevista se estructuró en cuatro grandes bloques que responden a las prácticas de los cuidados antes y después de la pandemia: sobre la persona que cuida, sobre la situación del cuidado, sobre la persona cuidada, y sobre las alternativas o mejoras de la situación actual. Para este artículo hemos abordado la temática a partir de tres aspectos: la devaluación del trabajo de cuidados, el trabajo de cuidados en el servicio de ayuda a domicilio, y el impacto de la Covid-19 en el trabajo de cuidados. Algunas entrevistas, por prevención Covid-19, se han realizado de forma telemática y telefónica. Han tenido una duración de unos 60 minutos y han sido grabadas en formato audio, previa autorización y consentimiento de cada una de las participantes. Todas las entrevistas realizadas se han transcrito literalmente para el análisis de contenido realizado con el soporte del software *Atlas.ti*<sup>®</sup>.

Teniendo en cuenta que las personas entrevistadas se encontraban ante situaciones delicadas y difíciles, dado el contexto de pandemia y la población atendida, hemos seguido unos procedimientos éticos basados en: proporcionar la información de la finalidad de la investigación, respetar la voluntad en participar, ser cautelosos con los temas presentados, realizar preguntas abiertas para dejar que la persona responda (o no) libremente, y acompañar emocionalmente a la persona entrevistada cuando ha manifestado emociones relacionadas con la temática. Cabe añadir que muchas de las participantes nos han agradecido poder tener un espacio para expresar sus vivencias, al ser, para algunas, la primera vez que lo verbalizaban.

### El trabajo de cuidados

Desde el comienzo del proceso de industrialización y el desarrollo del capitalismo, el trabajo reproductivo –propio del ámbito privado y doméstico y exclusivo de las mujeres– quedaba subordinado al productivo –de la esfera pública– (Hartmann, 1994), una función invisibilizada y sin reconocimiento social ni valor económico (Benería, 1981; Carrasco, 2009). Así, los discursos teóricos y el propio “trabajo de cuidados” han estado estrechamente marcados por el viejo binomio *producción/reproducción*, distinción que no solo diferenciaba nítidamente los ámbitos laboral y familiar, sino que además legitimaba las jerarquías de género. Mientras que al hombre se reservaba el espacio público del trabajo, remunerado y productivo, la mujer quedaba relegada al ámbito privado, donde se desarrollaban las actividades no remuneradas y reproductivas (Comas d’Argemir, 1993; Cayuela, 2015). De esta distinción, de hecho, derivaban otras que “naturalizan” las diferencias de género, tales como público/privado, amor/dinero, fábrica/familia, biología/tecnología, racional/emocional, o materiales/personas. Tales distinciones han servido para justificar las desigualdades entre hombres y mujeres, a pesar del hecho indiscutible de que el propio trabajo asalariado y el modelo de producción capitalista son sencillamente insostenibles sin la realización de esas “tareas” no remuneradas ejecutadas tradicionalmente por mujeres en el ámbito familiar. Así lo confirman diversos estudios, como el realizado en la Comunidad Autónoma de Galicia por Mayobre y Vázquez (2015), que constatan que la responsabilidad del cuidado continua a cargo de las familias

<sup>2</sup> Para este artículo se han usado además entrevistas realizadas por: Patricia Almaguer, Ana Lucía Hernández, Paula González, Montserrat Soronellas, María Offenhenden.

(la mujer), a pesar de los avances políticos y sociales con la Ley de dependencia de 2006 y las leyes de igualdad en España.

Desde la economía feminista se reivindica la necesidad de valorar y reconocer los trabajos de cuidados. Para ello se pone en cuestión las naturalizaciones, señalando que la desvalorización del trabajo reproductivo responde a una construcción social que se fundamenta en la desigualdad sexual, relacionada con la producción de mercancías (Carrasco et al., 2011). En este sentido, en los últimos años se ha venido señalando la necesidad de cuestionar la vieja dicotomía entre las esferas pública y privada, así como el potencial de la propia noción de cuidado como herramienta teórica esencial para su superación (Cerri; Alamillo-Martínez, 2012). Son diversos los estudios que dan cuenta que el cuidado se sitúa en los intersticios de las dicotomías clásicas: económico/no económico, material/emocional, público/privado..., siendo necesario superarlas para reconocer y valorar esta actividad (Daly; Lewis, 2000). Este carácter transversal del trabajo de cuidados cuestiona los límites conceptuales y metodológicos en los que acostumbramos a movernos (Pérez Orozco, 2006). Del Valle (2004) argumentó que la transferencia del cuidado desde el ámbito doméstico a las instituciones trasciende la dicotomía público/privado y la diferenciación entre la vida personal –identificada con lo doméstico y vinculada a la privacidad y los afectos– y la social –lo público y vinculado a la representación institucionalizada distante–. Esta transferencia podría conllevar cambios en las nuevas formas del cuidar, y se acabaría con la reproducción social de desigualdades de género y etnia. Para ello, es necesario dejar de pensar en las mujeres como cuidadoras, y centrarse en las necesidades que presentan los grupos domésticos cuando se habla de salud en genérico.

Para el análisis del trabajo de cuidado remunerado realizado en los servicios de atención, tomamos la referencia de Daly y Lewis, que definen el cuidado como “el conjunto de las actividades y las relaciones que intervienen en la satisfacción de las necesidades físicas y emocionales de las personas adultas dependientes y de las niñas y niños, y los marcos normativos, económicos y sociales en los que aquellas se asignan y desarrollan” (2000:287). Si bien, desde la literatura académica existe cierto consenso de que el cuidado atiende tanto las necesidades humanas biológicas (aseo, comida...), como emocionales (afectos, creación de lazos humanos...), se trata, al mismo tiempo, de un trabajo tangible y acompañado de una ética que postula a la responsabilidad social del cuidado (Guilligan, 2013). Además, la dimensión moral presente a través de la obligación y la responsabilidad del cuidado, socialmente construidas, se presenta como un elemento clave para deconstruir la tradicional “naturalización” del ser y del deber ser por el que se adjudican los cuidados a las mujeres (Martin Palomo, 2008), y para avanzar hacia un reparto equilibrado del cuidado entre sexos y generaciones (Comas d’Argemir, 2017). Asimismo, considerar la dimensión material del cuidado, entraña también aceptar su carácter corporal (Pérez Orozco, 2006). El cuidado implica un trabajo desarrollado *con y sobre* el cuerpo (Molinier, 2008), por lo que, prestar atención al trabajo corporal que implica el cuidado, significa poner atención en los significados del cuerpo, las exigencias emocionales y las formas de interacción entre cuidador-cuidado a través del cuerpo (Twigg et al., 2011).

Así, si entendemos el cuidado como el conjunto de todas aquellas actividades encaminadas a asegurar un mínimo de bienestar físico, psíquico y emocional, y además asumimos la importancia de ese “preocuparse” de las personas como un quehacer social inevitable, entonces el cuidado –en sus múltiples definiciones– aparece como una actividad y una responsabilidad tanto moral como social, y necesaria tanto para la instauración como para el mantenimiento de las relaciones sociales (Cerri; Alamillo-Martínez, 2012).

Ahora bien, la evidencia de esta importancia no significa que su progresiva “externalización” o “mercantilización” –cuando esos cuidados son remunerados– asegure unas condiciones laborales aceptables, o haya erosionado la distinción jerárquica por géneros. El trabajo de cuidados, a pesar de que actualmente pueda inscribirse en relaciones de mercado, continúa siendo una actividad feminizada y devaluada (Carrasco, 2009; Razavi; Staab, 2010; Himmelweit; Land, 2011). Muy a menudo, de hecho, su mercantilización ha sido utilizada para lucrarse aprovechando una necesidad humana fundamental. Así es cómo el mercado ha encontrado en este sector un nuevo campo para la obtención de beneficios, donde el objetivo del cuidado deviene en la acumulación de capital en detrimento de la asunción de las responsabilidades sobre el cuidado de la vida (Pérez Orozco, 2006).

De esta forma, el cuidado se sitúa entre dos lógicas opuestas, la de la acumulación, en la que la satisfacción de necesidades se da en la medida en que permite generar beneficios monetarios y acumular capital; y la de la sostenibilidad de la vida, orientada a generar bienestar y valores de uso. Y ello, sin olvidar la extensión de un mercado de cuidados, donde las cadenas internacionales de cuidado (Hochschild, 2001), de nuevo feminizadas, aseguran una mano de obra disponible, flexible y vulnerable. Es necesario, por lo tanto, dejar de centrar la visión en los mercados, lo monetizado y en los procesos de acumulación de capital para desplazar el eje analítico a los procesos sociales de satisfacción de necesidades, concibiendo así el trabajo como cuidado esencial para la sostenibilidad de la vida (Carrasco, 2009; Pérez Orozco, 2006).

### **El trabajo de cuidados en el servicio de ayuda a domicilio**

El Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD) es el conjunto de actuaciones realizadas fundamentalmente en el hogar, con el objeto de ayudar a las personas y familias que presentan carencias de autonomía personal o dificultades para la integración social, proporcionando atención personal y doméstica. Todo ello persigue, claro está, que estas personas puedan permanecer en el domicilio y relacionarse en su entorno comunitario.

El Estado español tiene transferidas las competencias en materia de servicios sociales a las Comunidades Autónomas, que se ocupan de la planificación, ordenación y gestión de las prestaciones. El SAD está integrado en los servicios sociales autonómicos, cuya competencia de gestión y prestación se encuentra atribuida a los entes locales (municipales o supramunicipales), y que puede ser concedida por los servicios sociales o derivada del sistema estatal de dependencia<sup>3</sup>. Aunque la titularidad del servicio y la responsabilidad en la prestación es pública, su cobertura puede llevarse a cabo directamente, por la propia Administración, o indirectamente, a través de entidades privadas a las que les ha sido concedida la adjudicación de la gestión.

En los últimos años, la privatización de los servicios ha ido en aumento, siendo las entidades mercantiles las principales proveedoras del sector, por lo tanto, también las principales empleadoras<sup>4</sup>. Esta tendencia se debe a los procesos de reestructuración del Estado de Bienestar en Europa, acelerados desde los años 90, lo que ha empujado hacia una ampliación del sector mercantil en la rama de los servicios sociales. Ello se ha justificado por razones de contención del coste y, entendido al mismo tiempo, como la mejor forma de facilitar la libertad de elección entre proveedores a las clases medias consumidoras, que buscan diferencia en el producto y que, supuestamente, puede ofrecer en mayor medida el sector mercantil (Rodríguez Cabrero, 2011). Además, a raíz de la crisis económica de 2008 y la aplicación de la Ley de dependencia en 2006, y debido a la legislación europea y a las normas de contratación españolas, las entidades de la economía social y pequeñas empresas que tradicionalmente se habían dedicado al cuidado, se vieron desplazadas por la competencia de grandes empresas, muchas de ellas atraídas hacia este sector debido a la pérdida de negocios en áreas como la construcción, la limpieza industrial o la seguridad (Deloitte, 2008). Y todo ello unido a los complejos requisitos en las licitaciones<sup>5</sup>, difícilmente asumibles por entidades y proveedores más pequeños. En este sentido, si bien los datos no permiten afirmar que la privatización empeore la calidad de los servicios –pero tampoco que la mejore–, con estos nuevos mecanismos de tipo mercantil, las condiciones laborales se han visto afectadas negativamente frente a la gestión pública directa u otras fórmulas de economía social (Del Pino; Catalá Pérez, 2016).

A pesar de que hay desigualdades territoriales en la cobertura, esta tipología de servicios ha aumentado en los últimos años, sobre todo, con el desarrollo del sistema de la dependencia. Se

<sup>3</sup> En 2006 se aprueba la Ley de dependencia (Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia) que establece el derecho de todas las personas a ser atendidas en condiciones de igualdad por el sistema público estatal de dependencia (SAAD).

<sup>4</sup> Por ejemplo, en Cataluña, en 2013, el servicio fue externalizado en un 85,2% de los casos, el 63,5% a entidades mercantiles (Asociació Catalana de Recursos Asistencials, 2015).

<sup>5</sup> Aumento de volumen de atención y la necesidad de entregar un aval de alrededor del 5% de la licitación; conceder un peso creciente al criterio del precio en detrimento de las especificaciones técnicas; y que los plazos de pago a proveedores por parte de las administraciones, se dilate por encima de lo que establece la legislación vigente durante los últimos años debido a la crisis (Del Pino; Catalá Pérez, 2016).

potenciaron como yacimientos de empleo y bienestar social en los años 90 del siglo XX con el fin de cubrir las necesidades de cuidados de la población, creando al mismo tiempo una ocupación para luchar contra el desempleo, aunque no como servicios profesionalizados de calidad (Torns, 2007). Esto es, en materia laboral su objetivo era generar empleo para personas con dificultades de inserción social, lo que traía aparejado unos requisitos de formación mínimos y unas condiciones de trabajo muchas veces paupérrimas, características que aún hoy los definen (Roca, 2017, 2018). Si en el pasado el SAD fue un nicho laboral, por ejemplo, para las mujeres que venían del textil en Cataluña y que ahora se están jubilando, en la actualidad lo es para muchas mujeres en situación de desempleo, usuarias de servicios sociales, o extranjeras. El papel del servicio en el proceso de inserción social plantea el reto de facilitar la inserción ocupacional, a la vez que se garantiza la formación en las competencias profesionales necesarias para trabajar en él. Según comenta Mariona, gestora de SAD: “nosotras tenemos personas que vienen (de los servicios) de empleo, no de una formación académica reglada. Entonces, tenemos perfiles muy difíciles (...) muchas veces la capacidad de tomar decisiones o de resolver es baja”.

A pesar de que en 2008 se publicó un Acuerdo Estatal<sup>6</sup> con la recomendación de establecer las titulaciones requeridas para ejercer el trabajo, ya sea adquirida mediante el sistema educativo (Formación Profesional de grado medio) o el sistema ocupacional (Formación profesional para la ocupación)<sup>7</sup>, no siempre se cumple este objetivo (Martin-Serrano, 2014). El sector entra así en claras dificultades para su profesionalización, evidenciadas tanto en la formación requerida como en las recalcitrantes condiciones laborales y salariales precarias. Estas dificultades se explican por la vinculación de los trabajos de cuidados a los imaginarios del trabajo doméstico y familiar, lo que dificulta poder valorar una actividad que socialmente se asocia a la privacidad, la domesticidad y la servidumbre (Recio et al., 2015). De esta forma son las mujeres las que asumen mayoritariamente los cuidados a partir de una construcción social que naturaliza este papel, al que se añaden además el afecto y la dimensión moral (Comas d'Argemir, 1993, 2017; Martín Palomo, 2008). La persistencia de esta vinculación explicaría la mayoritaria presencia de mujeres<sup>8</sup>, que, por ejemplo, en el SAD en Cataluña representan el 97% (ACRA, 2014), aunque a diferencia de las trabajadoras del hogar son mayormente mujeres autóctonas, eso sí, con poca formación (Roca, 2017).

Normalmente, las trabajadoras empiezan con contratos de suplencias, de pocas horas, que se van ampliando hasta conseguir una estabilidad. Muchas de ellas vienen de trabajar en residencias (buscando una mejora) de otros países en busca de trabajo (tienen otras titulaciones, pero no pueden convalidarlas), o de cuidar a un familiar (la experiencia las capacita y les abre una salida laboral). Explican que, si bien la experiencia personal capacita para el cuidado, también es importante la formación para adquirir conocimientos, tanto técnicos como relacionales<sup>9</sup>: “Tú puedes cuidar, pero a lo mejor de la manera que estoy cuidando estoy haciendo daño y no lo estoy haciendo bien. Allí te dan las herramientas para hacerlo bien” (Candela, trabajadora). Como resulta obvio, el trabajo, a parte de la dimensión material (realizar una higiene personal, preparar la comida, etc.), implica una dimensión emocional y requiere de una implicación personal (Daly; Lewis, 2000). Con el tiempo, dicen, coges una confianza con las personas usuarias, e incluso llegas a considerarlas parte de la familia. Un aspecto que puede dificultar la realización de la tarea: “si lo conviertes en familia ya no haces las cosas igual (...) tienes que separarlo un poco” (Candela, trabajadora). En este sentido, además de la formación técnica, las competencias relacionales son básicas para realizar el trabajo. Pero si bien los elementos físicos del cuidado pueden ser observados fácilmente, las habilidades que

<sup>6</sup> Acuerdo del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, sobre criterios comunes de acreditación para garantizar la calidad de los centros y servicios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia.

<sup>7</sup> Estas titulaciones forman parte del sistema no universitario y están orientadas a la realidad del mercado de trabajo para dar respuesta a las necesidades de personal. Para acceder es necesario poseer el título de Graduado en Educación Secundaria Obligatoria, o mediante otras vías que facilitan la inserción educativa. La Formación profesional de grado medio es un ciclo de 2.000 horas de formación y la Formación profesional para la ocupación de 500 horas.

<sup>8</sup> Una realidad extensible a otros países, como pone de manifiesto EIGE (Gender Statistics Database, 2020) al estimar que la feminización de esta ocupación puede alcanzar el 86%, Disponible en: [https://eige.europa.eu/genderstatistics/dgs/indicador/ta\\_wrklab\\_lab\\_employ\\_selected\\_healthcare\\_ifsa\\_egan22d\\_hlth](https://eige.europa.eu/genderstatistics/dgs/indicador/ta_wrklab_lab_employ_selected_healthcare_ifsa_egan22d_hlth)

<sup>9</sup> Las competencias que forman parte del perfil profesional están basadas en desarrollar intervenciones de atención física, psicosocial, y sociosanitaria.

requieren pueden ser infravaloradas, como ocurre en el cuidado institucionalizado (James, 1992). Así es cómo algunas autoras aluden a los obstáculos que plantea abordar la dimensión relacional del cuidado, por la dificultad para cuantificarlo (Carrasco; Borderías; Torns, 2011), para englobarlo en la esfera del trabajo y para determinar cuándo está terminado (James, 1992).

Además, el SAD atiende a una diversidad de sectores de población con los que se realizan intervenciones preventivas, educativas, asistenciales y socializadoras. Según comenta Maia, de la Plataforma SAD Cataluña: “cuidamos a niños y bebés, a adolescentes, toda la problemática que pueda haber en nuestra ciudad, y no somos, como dicen algunos, ‘las simples mujeres que acompañan a los abuelos’”. Como se advierte, a nivel de reconocimiento profesional perciben que la sociedad no las valora como a trabajadoras: “a estas trabajadoras se las debe tratar como trabajadoras..., no como se ha tratado hasta ahora, ¿no? Pues que vienen a echarte una manilla y se van para su casa y ya está” (Rita, gestora). Asimismo, se refería Mercedes, trabajadora, a la “invisibilidad” de su labor: “El trabajo de trabajadora familiar es un trabajo invisible. Nosotras no existimos. Que nadie, nadie calcula el trabajo importante que se hace, de puertas adentro”. Un hecho directamente conectado al papel que han desempeñado las mujeres en el ámbito reproductivo (Carrasco, 2009; Recio et al., 2015).

Las tareas a realizar en el domicilio se definen en función de las necesidades de la persona y se concretan básicamente en las actividades de atención personal (duchar, preparar comidas, salir a pasear, controlar la medicación, realizar la compra, hacer compañía, conversar, estimulación física y cognitiva) y en la limpieza del hogar. En algunas Comunidades Autónomas, las tareas de limpieza y atención están delimitadas, ya que se llevan a cabo por profesionales diferenciados (en el caso de Cataluña), o por prescripción de los servicios (en el caso de Aragón). En otros territorios, como en Murcia, la misma persona desarrolla las dos tareas en los domicilios, que se concretan en función de cada caso: “son las dos tareas esenciales, pero hay que buscar un equilibrio y la intervención nuestra, ya como entidad, en cada domicilio, depende de la situación en la que se encuentra cada uno” (Patricio, gestor). Sin embargo, en todos los casos, a diferencia de las residencias, muchas veces las trabajadoras son consideradas como “la chica de la limpieza”, explica Mariana (trabajadora), aspecto que resta valor a la tarea de cuidar, ya que como comenta Bárbara (trabajadora), “no es una empresa de limpieza, es una empresa de ayuda, de ayuda física, personal, para lo que ellos no llegan, ahí estás tú”. Si bien una de las cuestiones abiertas a debate académico es la diferenciación entre trabajo doméstico y cuidado, consideramos que tanto el cuidado directo como el indirecto forman parte de él, ya que las actividades domésticas son requisitos previos para que pueda prestarse la atención directa (Razavi, 2007). Aun así, en el SAD se da esta jerarquización de las actividades, restando valor al trabajo doméstico, lo que se refleja en los sueldos de las auxiliares de limpieza, o en los discursos de las trabajadoras, donde dan más valor al cuidado como elemento profesionalizador (Roca, 2017).

Las trabajadoras manifiestan trabajar en condiciones laborales precarias: “me gustaría que me pagaran más al mes”, explica Mercedes, aunque existen mejoras en función de si el servicio es de gestión directa o externalizada a una empresa pública. Asimismo, los convenios autonómicos (el caso de Cataluña) y provinciales (el caso de Zaragoza) aportan mejoras respecto al convenio estatal de la dependencia (el caso de Murcia). Aun así, en todos los casos los salarios son bajos<sup>10</sup>. Por otro lado, para poder mantener una estabilidad en las horas de contrato, en todos los convenios se establece la “bolsa de horas”, que consiste en la acumulación de horas que la trabajadora realiza de más o de menos como consecuencia de la organización del servicio en función del tiempo concedido al usuario.

Las personas entrevistadas denuncian que muchas de las empresas prestadoras no aplican los convenios (no se pagan los desplazamientos, las horas de coordinación o de formación, etc.), y los contratos suelen ser a tiempo parcial. Esta parcialidad, por un lado, facilita la conciliación, pero en otros casos obliga a completar la jornada con otros trabajos. Además, muchas de ellas no tienen horarios continuados. Sin embargo, esto depende de los horarios del servicio que establezca cada ayuntamiento y de la flexibilidad que permita en la configuración de horarios. Esta es una demanda de los sindicatos:

---

<sup>10</sup> Los salarios para el año 2020 eran: 984,65 euros/mes en el caso de Murcia, 1.036,63 euros/mes en el caso de Zaragoza por 1.755 horas anuales, y 1.098,49 euros/mes en el caso de Cataluña por 1.665 horas anuales.

Estamos intentando que, ya que están organizados los servicios, la gestión del tiempo de repartir las horas, también las empresas, las coordinadoras puedan un poco jugar con los huecos que tienen las compañeras. Porque nos encontramos con unas plantillas muy grandes, pero con jornadas muy reducidas (M<sup>a</sup> Jesús Sereno, representante sindical).

Las trabajadoras también explican que no tienen un lugar para descansar, desayunar, o incluso ir al baño (utilizan bares, ambulatorios, etc.) y que no se tiene en cuenta la posibilidad de concentrar las personas usuarias en una misma zona geográfica, lo que implica desplazamientos y/o alargar sus jornadas. Además, genera una sobrecarga de trabajo, ya que “los desplazamientos son un poco justitos y tienes que correr” (Candela, trabajadora). Además, el trabajo es duro y genera agotamiento: “nunca tenemos una jornada de más de treinta y tres horas semanales porque realmente es agotador: tienes que hacer movilizaciones, tienes sillas de ruedas, tienes encamados, entonces, claro, físicamente llevar tantos usuarios cuarenta horas es bastante duro” (Bárbara, trabajadora).

En lo que respecta a la salud laboral, todos los convenios reconocen la Ley 31/1995 de Prevención de Riesgos Laborales que declara el deber general de la empresa de proteger la salud de los trabajadores y de eliminar o prevenir los riesgos que se deriven de la actividad laboral. Puesto que el lugar de trabajo es un domicilio particular, el usuario podría oponerse a la acción preventiva de la Ley, impidiendo el paso a la realización de esta actividad (Franco; Ruiz, 2018). Así, y a pesar de que la administración debe garantizar la habitabilidad y las condiciones de movilidad y de orden laboral dentro del domicilio, el trabajo de ayuda a domicilio tiene un hándicap importante ya que, en el discurso dominante, los domicilios no son considerados centros de trabajo y, en consecuencia, prima la voluntad de las personas beneficiarias para facilitar la información necesaria. Este discurso es discutible, pero mientras no se conforme un relato en el que se evidencie que el domicilio es un lugar de trabajo con todas sus repercusiones, el actual sistema tiene importantes consecuencias. Entre ellas, claro está, que las empresas puedan realizar informes de valoración de riesgos laborales para las profesionales, tales como las enfermedades infecto-contagiosas de las personas beneficiarias.

Nuestras informantes nos explican que, si bien existen medidas de protección para prevenir enfermedades y asegurar una correcta higiene, los Equipos de Protección Individual (EPI) que se utilizan son básicamente los guantes. Las mascarillas solo se usan en caso de enfermedades infecciosas, aunque, como comenta M<sup>a</sup> Jesús Sereno, representante sindical, “te la ponías más que nada para quitarle a la persona un poco de angustia de que tú le pudieras transmitir algo. Pero no formaba... ya te digo, era muy simbólico”. Rita, gestora, explica que cuesta que la trabajadora “entienda que forma parte también de su trabajo”. Y es así, como en casos de gripe, cada una se protegía como mejor consideraba: “muchísimas de nosotros cogíamos unas tremendas gripes, eh... cuando había gripe”, comenta Mercedes (trabajadora). Además, a diferencia de los hospitales o residencias, no existe una buena prevención de los riesgos laborales: “por muchas ayudas ergonómicas que tengas, no están adaptadas a un domicilio. Porque si la cama es baja, por mucha grúa que tengas, la higiene la continuarás haciendo en una cama baja” (Helena, trabajadora). Otra cuestión que no está bien regulada son las bajas por accidente laboral. Así lo explica M<sup>a</sup> Jesús Sereno, representante sindical:

Como somos trabajadoras que no estamos en sitio fijo, es muy difícil comprobar que el accidente no te lo has hecho en tu casa y luego dices que te lo has hecho en el trabajo (...) Es un poco surrealista porque si yo me caigo en mi casa y me rompo un brazo, no voy a esperar a un lunes con el brazo roto para decir que me he caído en la calle. ¿Sí? Pero bueno, son las patronales que tenemos, son así.

A pesar de estas condiciones laborales, es la vocación por el trabajo y el reconocimiento que reciben por parte de las personas atendidas lo que les mantiene en estos trabajos: “Es más por vocación que por los sueldos o cualquier otra cosa. Yo creo que juegan también un poco con que somos así un poco la mayoría” (Candela, trabajadora); “lo veo un trabajo, la verdad, que muy gratificante, porque sí que lo valoran mucho el que tú vayas y no sé, yo los noto, los veo muy agradecidos” (Mariana, trabajadora). Una vocación relacionada con la incorporación de los roles de género y la obligación y la responsabilidad del cuidado asumida tradicionalmente por las mujeres en

el ámbito familiar y doméstico (Martin Palomo, 2008), y que se proyecta en las ocupaciones de cuidados, feminizadas.

### Impacto de la covid-19 en el trabajo de cuidados

A partir de la declaración del Estado de Alarma, administraciones estatales y autonómicas marcaron las pautas de la organización del SAD para garantizar su funcionamiento, aunque limitado. Al ser competencia municipal los criterios de organización del servicio han variado de un municipio a otro. No obstante, se ha percibido improvisación y poca claridad, provocando, en algunos momentos, bastante desorientación y preocupación. Un aspecto que denota el poco reconocimiento social de estos trabajos.

La Covid-19 ha exigido en muchos casos una reorganización de los servicios derivada tanto del propio miedo de las personas usuarias y sus familias al contagio, como de las estrategias adaptativas de las entidades prestadoras o de la disponibilidad para el cuidado de las familias. En este sentido, por ejemplo, Rita, gestora, nos señalaba cómo de los más de seiscientos servicios que prestaban antes de la pandemia, se habían suspendido más de cien a demanda de los propios usuarios, al parecer por miedo al contagio. En otros casos, explica, han sido las entidades quienes han solicitado al ayuntamiento la reducción del servicio para limitar la exposición al riesgo de las trabajadoras:

Siempre se ha comunicado al ayuntamiento y se le dijo “mira, en este domicilio vamos cinco días, sin embargo, de estos cinco días, duchamos esta señora dos días, y el resto de días no hacemos nada porque no quiere que hacemos nada”. Y entonces, pues el ayuntamiento sí que nos ha dicho “pues en esta situación ... en lugar de hacer cinco horas, hacemos dos”.

En este mismo sentido se refería Candela (trabajadora), cuando recordaba cómo una mujer que iba cada día a casa de su padre les dijo que fueran solo a ducharle, “porque lo duchaba un par de veces a la semana y los otros días iba a darle un paseo”. Paseos, recordemos, que no estuvieron permitidos durante las primeras semanas de pandemia, lo que de hecho obligó a modificar algunos servicios, como aquellos que tenían que ver con atención a la salud mental. Así lo recordaba Maribel (trabajadora): “Cuando empezó la pandemia [la salud mental] se paró por el hecho de que no podemos estar en la calle, y tampoco podemos estar en una habitación cerrada intentado hablar con ellos para que cambien”. En otros casos se llegó incluso a prescindir de algunas trabajadoras ante las solicitudes de baja del servicio de los familiares, como nos recuerda Bárbara (trabajadora): “A mí se me llamó a las 9 de la noche y me dijeron ‘mañana no vayas a trabajar, hasta nueva orden’. Ya está, no explicaron nada más”.

También se optó por “racionalizar” los desplazamientos de las trabajadoras y concentrar el trabajo por la mañana, medida que suponía una mejora considerable en su quehacer diario en los peores momentos de la pandemia. A pesar de que podría suponer una mejora permanente, esta medida no se ha mantenido: “La mayoría intentamos reubicarlas en una zona y que los desplazamientos fueran de diez, quince minutos como máximo caminando (...) Esto se ha mantenido hasta que han empezado a entrar los domicilios” (Rita, gestora). Agrupar los servicios por zonas geográficas hacía disminuir el riesgo de contagio, evitando el transporte público o reduciendo el tiempo del traslado. Lo mismo sucedía con la concentración de los servicios por la mañana:

Con la Covid sí que empezamos lo más pronto posible, intentamos, al menos yo he pedido que la jornada sea continuada. Para poder ir a tu casa, desinfectarte, ducharte y no ir de un lado a otro... Me puede afectar tanto a mí como yo traer el virus aquí... Entonces volver a salir a la tarde es un despropósito (Maribel, trabajadora).

En este sentido, los cambios de conducta en términos de prevención han sido una constante entre las trabajadoras, al tiempo que se ha priorizado el seguimiento de usuarios con mayor dependencia y más necesitados de apoyo profesional, utilizando, también, las nuevas tecnologías: “a lo mejor, una video-llamada a la usuaria, que la usuaria se acostumbrara a tener un móvil (...) Y hay servicios que haces acompañamiento que son dos horas que a lo mejor telemáticamente lo puedes hacer” (Helena, trabajadora). Aunque por supuesto, y esto es preciso señalarlo, la interacción con los

usuarios se ha visto reducida sensiblemente con la finalidad de evitar la transmisión del virus, limitando momentos cotidianos como “pasar media hora sentada con el usuario, mirar la telenovela” (Maribel, trabajadora).

La pandemia ha supuesto ciertos cambios en las tareas realizadas por las trabajadoras derivados en buena medida de su impacto en los usuarios. Además del propio miedo e incertidumbre provocados por la situación, se trata de personas mayores y dependientes en mayor o menor medida, que en muchos casos viven solas. En estos, el confinamiento y la imposibilidad de salir del hogar e interactuar con otras personas, así como la limitación de los estímulos sensoriales, ha tenido un fuerte impacto en la merma de sus capacidades tanto físicas como mentales, circunstancia de la que nuestras entrevistadas han sido plenamente conscientes. Asimismo, el tiempo y dedicación a las tareas de limpieza y atención se han adaptado en cada caso. Así se refería a ello Natividad, trabajadora:

Ahora mismo yo solo pienso en hacerles felices y que olviden el ver la tele con tanto virus, con tanto coronavirus, con tanto Covid. Prefiero limpiar y estar con ellos, prefiero cuidarlos, pero de esa manera (...) En vez de limpiar, limpiar y limpiar... Yo limpio una hora y a la otra hora estoy con ellos haciéndoles la estimulación cognitiva, aunque esté a dos metros de distancia (...) En el caso de no poder salir a la calle, necesitan gente para hablar, para desahogarse, para tener una conversación, aunque sea tonta (...) A lo mejor ellos con eso, con tener una hora más para estar sentados al lado de ellos, ya serían más felices y estarían más tranquilos.

Con la evolución de la crisis, una nueva concepción de limpieza, como significación de higiene y seguridad, fue cobrando un lugar trascendental en la provisión del cuidado y se ha ido incorporando en sus rutinas de trabajo, visibilizando, además, esta dimensión del cuidado y su valor para la atención y el bienestar de las personas (Roca-Escoda et al., 2022).

Por otro lado, y puesto que muchas de las trabajadoras estuvieron de baja al inicio de la pandemia –por la propia afección del virus, por el miedo a contagiarse o por cualquier otra dolencia–, una de nuestras gestoras nos comentaba cómo tuvieron que contratar a nuevas trabajadoras con el fin de asegurar los servicios. Para ello, se acogieron a la normativa estatal<sup>11</sup> que permitía contratar personal sin la cualificación exigida. Medida que, según comenta M<sup>a</sup> Jesús Sereno, representante sindical, es un reflejo del poco reconocimiento profesional de estos trabajos: “y me ha horrorizado... es que en un decreto ponga que por el estado de excepción cualquier trabajador puede trabajar de cualquier cosa, aunque no tenga la titulación”.

Todos estos cambios en la organización de los servicios han modificado sensiblemente las condiciones laborales de las trabajadoras. Aunque algunos pueden mostrarse como deseables –la jornada intensiva por la mañana o la racionalización de los desplazamientos, por ejemplo–, otros han erosionado las condiciones de trabajo. Así lo señalaba Helena, trabajadora, en relación con la reducción de las horas de trabajo, y su repercusión en la jornada laboral y la incertidumbre de que la “bolsa de horas” esté en positivo o en negativo:

Se han reducido jornadas de trabajo. En el SAD trabajamos por bolsa de horas, hay muchas horas negativas, o sea, que no sé, ahora será hablar con la empresa a ver qué pasará con estas horas. De momento, la empresa ha dicho que no pensamos en la bolsa de horas que pensamos en la salud nuestra. Sí que es verdad que, al estar muchas compañeras de baja, estas horas se han repartido. Todo esto ha ayudado.

La suplencia de las trabajadoras de baja ha equilibrado así la carga de trabajo, permitiendo el mantenimiento de los salarios. De hecho, algunas de nuestras entrevistadas han recordado cómo se ha llegado a advertir que, ante situaciones de baja de compañeras por contagio o cuarentena, era posible que algunas trabajadoras se quedaran sin vacaciones, pues “si no hay sustituciones no se puede dejar el servicio” (Alejandra, trabajadora). En otros casos, al inicio de la pandemia las trabajadoras permanecieron en sus casas hasta tres meses según Bárbara, recibiendo íntegramente

<sup>11</sup> Resolución de 23 de marzo de 2020, de la Secretaría de Estado de Derechos Sociales, por la que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, que modifica parcialmente el Acuerdo de 27 de noviembre de 2008, sobre criterios comunes de acreditación para garantizar la calidad de los centros y servicios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia.

su nómina: “Cuando vino toda esta historia nos dijeron que todo lo que no era grandes dependientes [que] se retiraban a casa [Y] se ha hecho cargo el ayuntamiento, que es el que pasa las nóminas”.

Hay que destacar, además, cómo la situación general provocada por la pandemia y las sucesivas restricciones de movilidad y de espacios han tenido una repercusión nada desdeñable en estas trabajadoras, muchas veces perdidas en la ciudad, de un lugar a otro, y sin espacios para descansar, desayunar o comer: “Nadie se da cuenta que estamos por la calle (...) porque no se nos valora. (...) no tenemos ningún centro de servicios sociales abiertos. Ni en el ayuntamiento ha facilitado un centro” (Helena, trabajadora).

Tiene particular interés aquí detenerse en las estrategias de protección seguidas por las trabajadoras, fundamentalmente en los momentos del confinamiento domiciliario. Entonces ya se conocía la alta contagiosidad del SARS-CoV-2 por contacto interpersonal y su alto nivel de morbimortalidad en los más vulnerables, siendo especialmente mortal para los mayores. Es obvio que, en una epidemia vírica tal, se debía proteger a las cuidadoras y, a la vez, a la persona cuidada. No obstante, desde marzo de 2020, ya instaurado el Estado de Alarma en España, encontrar EPIs fue una verdadera odisea. Entiéndase que el cuidado es una actividad de alto contacto y estos equipos son fundamentales para el contacto personal derivado de la atención de las trabajadoras a las personas dependientes en sus actividades básicas (higiene, alimentación, deambulación, transferencias).

Mascarillas llevamos dos y nos hubiera gustado algo más... pero no ha podido ser. Algunas de mis compañeras al principio tenían algunas pantallas de esas protectoras, algún mono, pero digamos que, si hemos estado tres trabajando durante la pandemia, durante el confinamiento grande, dos han tenido EPI y yo, por ejemplo, no he tenido (Natividad, trabajadora).

Al principio fue horroroso, horroroso, nos daban, como no había material a ningún puesto, una mascarilla de tela. Bueno, comenzaron con las mascarillas quirúrgicas, pero luego, no era para todos (Helena, trabajadora).

A tenor de la realidad a la que tenían que enfrentarse –la necesidad de continuar con la atención, cuando las entidades contratadoras no facilitan los medios de protección adecuados, o lo hacían de manera muy limitada–, surgieron estrategias de improvisación que dejan mucho que desear para la salud laboral de las trabajadoras, definibles en muchos casos de vergonzosas: mascarillas de tela de confección casera que se vuelven a usar tras su lavado y a las que se le acopla un *salvaslips* como filtro, bolsas de basura cortadas para simular batas impermeables... además de tener que reutilizar los escasos materiales de protección disponibles, como guantes, mascarillas o batas. Incluso los más básicos, como los guantes o las mascarillas, tuvieron que conseguirlos a través de familiares o amigos que, por diversas circunstancias, sí disponían de este material: “Como mi jefe o mi jefa, depende, no podían conseguirlos, ni guantes ni nada, yo gracias a que (...) mi padre trabajando, pues él ha podido conseguir para mí, también guantes y mascarillas” (Natividad, trabajadora).

Además, puesto que son trabajos fuertemente feminizados, a medida que se ha desarrollado la pandemia,

se ha hecho evidente que los EPI no protegen a todos los trabajadores por igual. Esto se debe a que, muy a menudo, estas especificaciones se elaboran sobre la base del cuerpo masculino, que con demasiada frecuencia se toma como referencia para la población humana en su conjunto. Como resultado, por ejemplo, las gafas protectoras pueden no tener el tamaño o la forma adecuados para muchas mujeres (Algayerova; El-Yassir, 2020)<sup>12</sup>;

luego, otra vez más, las mujeres cuidadoras se han llevado la peor parte. Al inicio, porque no dispusieron de dispositivos barrera adecuados, y cuando estos fueron llegando, al no estar diseñado sobre cánones femeninos, porque tampoco fueron lo eficaces que debieran ser. No es baladí considerar, como merece, los problemas derivados de los desajustes que genera el patrón de

<sup>12</sup> La traducción es nuestra. La cita original es la siguiente: “As the pandemic has unfolded, it has become apparent that PPE does not protect all workers equally. This is because – quite often – these specifications are drawn up on the basis of the male body, which all too often is taken as the reference for the human population as a whole. As a result, for example, protective goggles may not be the right size or shape for many women”.

referencia en la confección de los equipos de protección, dejando en un segundo plano a la principal usuaria, como muy sugerentemente expone Saralyn Mark (2020).

Las medidas de protección han generado así implicaciones laborales de hondo calado en el trabajo cotidiano: por un lado, porque se ha tenido que extremar la protección y la higiene: “El trabajo en sí, para mí es el mismo. Sí. Lo único es que tienes que llevarte la protección que tienes que llevarte y la higiene más a rajatabla” (Candela, trabajadora). Y, por otro, porque el uso de material de protección implica destinar un tiempo extra muy considerable que resta horas de atención: “Y luego te tienes que coger, quitarte, desinfectar bien, lo que es el EPI y coger y a la hora marcharte a otro domicilio (...) Entre que me pongo el EPI y eso, pues, ponle entre 20 minutos y media hora” (Alejandra, trabajadora). Además, el uso de EPI dificulta aún más la relación cuidador/cuidado, sobre todo cuando se trata de personas que padecen demencia:

Y luego cuando vuelve tu auxiliar, que más o menos la conoces y te llevas con ella, te viene con unas batas verdes, unos guantes, unas mascarillas y, cuando te ducha, con una pantalla; pues a mí me han arrancado las pantallas, les han dado brotes, han llorado, no entienden lo que ocurre (Bárbara, trabajadora).

Aunque el uso de mascarillas por parte de las personas usuarias no era obligatorio, sí que fue una recomendación de empresas y entidades. Aun así, las personas usuarias se resistieron a seguir esta medida, por poca consciencia, por desconocimiento o por las dificultades de comprensión debido a su estado de salud. Esto ha llevado a una labor de concienciación y trabajo pedagógico por parte de las entidades y trabajadores.

La prevención también implicó reducir al máximo el contacto físico, salvo que sea de obligada necesidad, como ocurre en la higiene personal y el aseo, la alimentación o el vestido: “La distancia de seguridad, sí; la distancia social, en casos de compra, acompañamiento o detección de necesidades, sí la puedes hacer, pero con higienes, no” (Helena, trabajadora). Por otro lado, han aflorando otras estrategias como el lenguaje verbal, en un intento de amortiguar las carencias que exige la prevención ante el contagio:

Hay cercanía, pero hay menos cercanía. Ya los achuchones y los besos, en ese aspecto, se han acabado y eso las personas lo notan, y más cuando estás atendiendo a personas con algún tipo de demencia... leve, puede ser, si leve, pues ya está, lo entienden y tal, pero la persona que tiene una demencia moderada esto no lo entienden, quieras o no quieras, si tú llegas ahí, con la cara tapada... (Mariana, trabajadora).

Por eso, y a pesar de todo, la realidad está por encima de los protocolos. De hecho, las trabajadoras tienen que hacer frente a situaciones complejas, como en el caso de los usuarios con dificultades de comprensión: “Te dicen que no te puedes acercar, hay un protocolo que nos ha dado la empresa, evidentemente. Pero llega el momento, sobre todo con el Alzheimer, cuando una persona, cuando entras por la puerta, viene a abrazarte, y te da besos, te toca” (Maribel, trabajadora). La dimensión corporal del trabajo (Twigg et al., 2011) es un aspecto que la pandemia ha resignificado por la imposición de la distancia social (Roca-Escoda et al., 2022). Y es que lo sexual y la sexualidad forman parte de estas dimensiones del trabajo de cuidado que comprometen al individuo en su totalidad, su subjetividad, su intimidad y su propia sexualidad, sus afectos (Borgeaud-Garciandia; Hirata, 2017).

Como se desprende de estas experiencias, la complejidad del abordaje de la atención también está vinculada a los receptores de cuidados. La extrema prevención que se les exige a las trabajadoras, sirve para poco si, como es común, entran en el escenario doméstico familiares convivientes y no convivientes:

Resulta que yo voy entre semana y los fines de semana van los hijos. Bueno, pues un domingo le tocó... a uno de sus hijos, bañarlo y asearlo. Y el lunes empezó con fiebre, su hijo. Y entonces, en marzo, le hicieron la prueba y dio positivo. Y claro, y yo le pregunté a la mujer: “¿pero ha estado aquí el Esteban?” Digo: “¿llevaba mascarilla?”, y dice: “sí”. Eso, el martes. Y digo: “ah, pues bueno. Bueno, no tiene por qué pegárselo”. Es verdad... pero luego, ya dio positivo y yo todos

los días le preguntaba: “pero, ¿llevabas mascarilla?” y ya, una de las veces, me dice la mujer del hombre: “lo mismo no se la puso” (Ángela, trabajadora).

Esta desprotección se ha vivenciado además en un marco contradictorio y cambiante, sin directrices claras a la hora de realizar sus tareas de cuidado: “La información que hemos recibido todos por televisión, la que puedes recibir pues yo que sé, en algún folleto (...) bueno, la empresa sí que nos ha informado, nos informó, si vía WhatsApp, nos mandaba información” (Marina, trabajadora). Lo que supuso que las cuidadoras hayan tenido que lidiar con las situaciones particulares a las que se enfrentaban a diario.

Llego el primer día y pongo la mochila en la primera silla que encuentro, “Ahí no la dejes!” , “pues dónde quieres que la ponga?” “en la habitación de José”. “¿Pues no será lo mismo? Si se infecta él también se va a infectar usted, ¿no?”, “a pues tienes razón, pues déjala allí”. Pero el gel en la puerta, la mascarilla, guantes para todos. Esa la madre. Pues el padre... sin camiseta por la casa y tan feliz como la perdiz. ¿No? (Maribel, trabajadora).

A lo mejor la información que te pasan es, vive fulanito y a lo mejor te encuentras que vive menganito, vive el hijo y todo ello creaba una angustia porque no sabías muy bien. Si la familia salía, si no salía, si la familia tomaba precauciones o no, porque claro, tú veías lo de casa, pero no veías si salía con mascarilla y tal. Y luego lo que decimos, que la prevención, tú las mascarillas no sabes si son recién compradas, si son de hace 3 días, si es que... todo es muy complicado, porque no es que las compres tú y se la des, como los hospitales, no, no. Es que se las compran ellos (Helena, trabajadora).

Este marco de descontrol es extensible a la administración pública, como reconocen los propios gestores: “La situación ha sido complicada, ha sido complicada porque, desde el principio, hubo un cierto, una cierta desorientación, podemos decir, y un cierto descontrol, también por parte de las Administraciones, sobre lo que hacer en estas situaciones” (Venancio, gerente).

Cabe señalar que hemos constatado que los discursos de los gestores y de las trabajadoras en relación con la seguridad no eran coincidentes. Los primeros, aunque reconocen la dificultad de contar con materiales de protección, sobre todo, al principio de la irrupción de la pandemia, aseveran haber dotado de material protector: “Entonces, en cuanto a medidas de sanidad, estamos... también tienen ellas, se les ha facilitado como unas batas para que... llevan guantes, batas, gel hidroalcohólico, mascarillas...” (Patricio, gestor). Si ponemos la mirada en los sindicatos, no cabe duda de que se encuentran más próximos a lo experimentado por las trabajadoras:

Al principio pues no tenía nadie, pues como pasaba en todos lados, iban las pobres como podían. Pues fíjate en ayuda a domicilio, aún peor, porque van con unas batas y los guantes que tienen, que no tienen ni monos como van en las residencias. Y bueno pues intentándoles buscar máscaras en algún sitio... bueno ni había (Angélica, representante sindical).

Todo ello, claro está, ha repercutido en las trabajadoras, sometidas desde el comienzo de la pandemia a una considerable presión psicológica, física y mental. Al margen del posible contagio por el virus, nuestras entrevistadas nos han relatado una intensa sobrecarga emocional y la presión anímica. A ello se añadía, además, el cansancio físico derivado de la propia presión asistencial, exacerbada durante la pandemia, y la adaptación en algunos casos a las nuevas tecnologías. La incertidumbre ante los constantes cambios en los protocolos y la propia situación pandémica, la inseguridad sobre la adecuación de los procesos de cuidado adoptados, y la necesidad de pensar y construir nuevas formas de trabajar, han supuesto asimismo un aumento considerable en sus niveles de estrés. Como no podía ser de otro modo, todo ello ha derivado en un incremento en las solicitudes de bajas por enfermedad: “Lo pasé muy mal, el decir no poder desconectar, el estar sola en casa, el estar sola allí lo llevé muy mal. Eso sí que es verdad” (Alejandra, trabajadora); “Yo misma también, mi cabeza a veces pues estaba muy positiva, otras veces estaba muy negativa. Empecé a oír compañeras que también cogían la baja (...) Claro, ha habido muchas compañeras que han cogido la baja por estrés laboral” (Bárbara, trabajadora).

Cabe añadir que, sobre todo al inicio, hubo bajas laborales por miedo al contagio y al desconocimiento de la enfermedad, pero las trabajadoras también se fueron concienciando de la

necesidad imperiosa de su labor. En este sentido, y a pesar de todo, continuaron con su trabajo en gran parte por la absoluta implicación que tienen con sus usuarios y al profundo valor que conceden a su trabajo. Así lo señalaban los gestores: “Yo creo, que por encima de todo esto [malas condiciones laborales], prima la vocación que tienen de atención a las personas mayores, de cuidar. Yo creo que, con el paso de los días, han superado los miedos” (Venancio); y las propias trabajadoras: “El miedo lo tienes, pero no toca otra que dejarlo al lado y hacer tu faena. Tu trabajo. Para eso te dedicas a esto. Es totalmente vocacional” (Maribel). Para ellas, en efecto, es fundamental “el poder seguir trabajando, me entiendes, seguir ayudándolos en lo que necesitan, dándoles alegría, compañía” (Mariana). No obstante, no todas nuestras trabajadoras entrevistadas pensaban igual. Así lo señalaba Helena, quien estaba convencida de que muchas de ellas continuaron trabajando en aquellas pavorosas circunstancias por la pura y simple necesidad económica de seguir ganando un salario: “La gente que no ha dejado de trabajar ha sido porque necesitaba el dinero (...) la gente que estaba de 3 meses de antigüedad ha plegado de trabajar”.

También varias de nuestras entrevistadas han destacado el apoyo recibido por parte de las propias compañeras y compañeros de trabajo, obviamente muy conscientes de la situación y con miedos e inseguridades compartidas: “Tenemos un grupo de WhatsApp®, hecho con todas (...) donde nos comunicamos (...) Las llamas y sientes que no estás sola. No es que tú vas sola a un domicilio y bueno... No. Cualquier cosa las llamas y las tienes allí. Yo me siento muy apoyada con ellas” (Candela, trabajadora). Estos grupos y medios de comunicación telemática, en un contexto de limitación extrema de las interacciones sociales, han tenido una importancia notable en el caso del SAD, una labor caracterizada por el duro trabajo solitario, importancia advertida por las propias empresas: “La empresa nos puso un grupo de WhatsApp® que es muy divertido. Lo hacen los de Recursos Humanos y tal, en el que no podemos contestar y te van lanzando... Bueno, ánimo, que esto lo vamos a parar, el rollo que salen en todos los memes... Venga va, resistiremos” (Maribel, trabajadora).

Algunas de nuestras entrevistadas han destacado en este sentido el apoyo que han tenido por parte de sus propias familias y de las familias de personas cuidadas: “Ellos me ayudan muchísimo, me dan ideas para trabajar con ellos porque yo tengo abuelos, entonces la estimulación y limpiar la casa también lo hago con mis abuelos (...) Mis abuelos también me dan mucho apoyo, sabiendo que yo estoy cuidando a personas mayores” (Natividad, trabajadora).

Un apoyo que ha hecho aumentar su satisfacción por el trabajo, contribuyendo a un cierto empoderamiento de su profesión. Con todo, la impagable y absolutamente necesaria labor realizada por estas profesionales no parece haber sido atendida y valorada por el conjunto de la sociedad en su capital importancia, tantas veces silenciada en los medios y en los propios discursos políticos y mediáticos. Así se refería Natividad, trabajadora, al escaso espacio que han tenido: “Nosotras también hacemos cosas, nos ponemos en riesgo igual que los enfermeros. En la tele han salido enfermeras, enfermeros, y nosotros... No nos han dado prestigio, ni nada. Nosotros hemos sido uno más en la calle”. También se refería a esta misma cuestión Raquel, trabajadora, recordando cómo gracias al servicio muchas personas no quedaron desatendidas en los peores meses de la pandemia, lo cual no ha implicado un mayor reconocimiento social para estas trabajadoras, totalmente “desaparecidas” de la opinión pública:

Durante todos estos meses realmente, el servicio de atención domiciliaria ha hecho un trabajo brutal. Porque empezaron a cerrar centros de día, mucha gente mayor desatendida, evidentemente, familias desbordadas, evidentemente, y claro, sale este decreto de que en la vertiente sanitaria les darán un dinero para premiar... bueno, esto se hizo como algo extenso al personal que trabaja en residencias. El personal de SAD siempre ha sido invisible (...) Es que no aparecemos en los papeles. Solo se habla del personal de residencia, el SAD ha desaparecido.

## Reflexiones finales

En este artículo nos hemos centrado en recoger las experiencias y percepciones de gestores, representantes sindicales y trabajadoras del Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD) en tres Comunidades Autónomas españolas (Aragón, Cataluña, Murcia) para incidir en las limitaciones y oportunidades de la crisis derivada de la Covid-19 en la realización de su labor. El trabajo de cuidados

en estos servicios no ha estado reconocido ni bien regulado por parte de las administraciones públicas, delegando a las entidades y trabajadoras decisiones del cómo proceder. Si bien la reorganización del servicio varió en función de cada administración local, no hemos percibido grandes diferencias en las experiencias relatadas por las trabajadoras en cuanto al trabajo de cuidados realizado en los hogares en un contexto de pandemia.

El contexto en el que, en buena parte, se ha desarrollado el trabajo se ha caracterizado por una desprotección por falta del equipamiento de seguridad necesario, a lo que se suma los cambios sobrevenidos en los destinos y turnos de trabajo, y la carga laboral añadida que supone cuidar en esta situación. No se han garantizado unas condiciones laborales y de protección a la salud a pesar de que la prestación de la atención se desarrollara en el marco de un servicio público, debido, en buena parte a su privatización, y también, a la singularidad del lugar donde se desarrolla la prestación, el espacio doméstico. A lo que se debe añadir que todo ello haya recaído en mujeres, al ser un trabajo altamente feminizado. Sin embargo, las trabajadoras y su entorno se han dado cuenta del trabajo esencial que han realizado, lo que significó un esfuerzo en continuar con su labor y un reclamo a la valorización del cuidado.

A estas trabajadoras les ha tocado asumir un papel difícil y agotador en la pandemia, además de ser el trabajo una especie de “campo de experimentación del cuidado”, sobre todo por el hecho de que el trabajo se realizara en un entorno privado, escasamente regulado en materia de salud laboral y estandarización de las actividades. La situación ha implicado un proceso de concienciación sobre la importancia de la protección frente al virus por parte de trabajadoras, personas usuarias y sus familiares. Ante la falta de material y directrices claras sobre el trabajo, las trabajadoras han desarrollado estrategias individuales de protección, donde la limpieza y la desinfección han cobrado especial relevancia, y las actividades de cuidado a realizar se han adaptado en cada caso. La distancia social ha puesto en evidencia la importancia de la corporalidad en el cuidado, tanto para la realización del trabajo material (hacer una higiene, por ejemplo), como para mostrar los afectos (dar un abrazo). Todo ello ha comportado cambios en la forma de trabajar, en un entorno laboral solitario, atravesado por el estrés y el miedo.

La pandemia de la Covid-19 ha hecho evidente la precariedad laboral y el poco reconocimiento del trabajo de cuidados. Pero al mismo tiempo, si bien no al nivel que merecen, ha supuesto una revalorización de los cuidados por parte de las personas implicadas en el trabajo y una llamada de atención sobre su importancia y esencialidad en nuestras sociedades. Situar los cuidados como responsabilidad social, se ha convertido más que nunca en un imperativo social y político.

### Referencias bibliográficas

- ASOCIACIÓ Catalana de Recursos Asistencials. *Informe econòmic i social ACRA del sector d'atenció a les persones grans amb dependència de Catalunya*. Barcelona: ESADE, 2015 [<https://www.acra.cat/informe-econ%C3%B2mic-i-social-d-acra-2016-versi%C3%B3-presentaci%C3%B3-327257.pdf>- acceso en 15 de diciembre de 2021].
- ALGAYEROVA, Olga; EL-YASSIR, Alia. Personal Protective Equipment standards must respond to women's needs to ensure the safety of all frontline workers during the COVID-19 pandemic, UNECE, 2020 [<https://www.unwomen.org/en/news/stories/2020/6/op-ed-eca-alia-el-yassir-ppe-standards-must-respond-to-womens-needs>- acceso en 20 de Julio de 2021].
- BARBIERI, Martha Teresita de. Los ámbitos de acción de las mujeres. In: HENRÍQUEZ, Narda (ed.). *Encrucijadas del saber: los estudios de género en las ciencias sociales*. Lima, Pontificia Univ. Católica del Perú, 1996, pp.107-132.
- BATTHYÁNY, Karina. Covid-19 y la crisis de cuidados. In: BRINGEL, B.; PLEYERS, G. (ed.). *Alerta global. Políticas, movimientos sociales y futuros en disputa en tiempos de pandemia*. Buenos Aires, CLASCO, 2020, pp.363-366.
- BENERÍA, Lourdes. Reproducción, producción y división sexual del trabajo. *Mientras tanto*, 6, 1981, pp.47-84.
- BORGEAUD-GARCIANDIA, Natacha; HIRATA, Helena. Tacto y tabú. La sexualidad en el trabajo de cuidado. *Sociología del Trabajo, Nueva época*, 90, 2017, pp.47-61.

- CARRASCO, Cristina. Mujeres, trabajo y deuda social. *Revista de Educación* (número extraordinario), 2009, pp.169-191.
- CARRASCO, Cristina; BORDERÍAS, Cristina; TORNS, Teresa (ed.). *El trabajo de cuidados. Historia, teoría y políticas*. Madrid, La Catarata, 2011.
- CAYUELA, Salvador. Agricultura murciana y modos de vida en el contexto europeo. Un acercamiento socio-antropológico. Tesis Doctoral, Universidad Rovira i Virgili, 2015.
- CERRI, Chiara; ALAMILLO-MARTÍNEZ, Laura. La organización de los cuidados, más allá de la dicotomía entre esfera pública y esfera privada. *Gazeta de Antropología*, 28 (2), artículo 14, 2012 [http://hdl.handle.net/10481/23793- acceso en 15 de Julio de 2021].
- COMAS d'ARGEMIR, Dolors. Sobre el apoyo y el cuidado. División del trabajo, género y parentesco. In: ROIGÉ Xavier (coord.). *Perspectivas en el estudio del parentesco y la familia*. Tenerife, VI Congreso de Antropología, 1993, pp.65-82.
- COMAS d'ARGEMIR, Dolors. El don y la reciprocidad tienen género: las bases morales de los cuidados. *Quaderns-e* 22(2), 2017, pp.17-32.
- DALY, May; LEWIS, Jane. The concept of social care and the analysis of contemporary welfare states. *The british journal of sociology*, 51(2), 2000, pp.281-298.
- DEL PINO, Eloísa; CATALÁ PÉREZ, Daniel. El Welfare-mix español durante la crisis y la privatización del riesgo social: los casos de sanidad, los servicios sociales y la atención a la dependencia. *Revista del CLAD Reforma y Democracia*, 66, 2016, pp.163-194.
- DEL VALLE, María Teresa. Contenidos y significados de nuevas formas de cuidado. In: RINCÓN. Ana (coord.). *Congreso Internacional Sare 2003: Cuidar cuesta: costes y beneficios del cuidado*, Vitoria- Gasteiz, Ekamunde/ Instituto Vasco de la Mujer, 2004, pp.39-61.
- DELOITTE. *Perspectivas de futuro de los servicios de atención a la dependencia: el servicio de atención a la dependencia (SAD)*. Estudio del marco conceptual, oferta, demanda y modelo de costes. Madrid, Deloitte, 2008.
- DÍAZ, Magdalena; ELIZALDE, Begoña. Desprofesionalizando el servicio público de asistencia a domicilio en los cuidados de larga duración: análisis de la reconfiguración del sector en la región de Madrid. *Zerbitzuan*, 60, 2015, pp.131-141.
- FRANCO, Pepa; RUIZ, Blanca. *El trabajo de ayuda a domicilio en España*. Unión General de Trabajadores, 2018 [https://www.ugt.es/sites/default/files/el\_trabajo\_de\_ayuda\_a\_domicilio\_ugt\_fesp\_sep\_2018\_def\_0.pdf- acceso en 15 de Julio de 2021].
- GUILLIGAN, Carol. *La ética del cuidado*. Cuadernos de la Fundació Víctor Grifols i Luca, 3. Barcelona, Fundació Víctor Grifols i Lucas, 2013.
- HARTMANN, Heidi. Capitalismo, patriarcado y segregación de los empleos por sexo. In: BORDERÍAS, Cristina; CARRASCO, Cristina; ALEMANY, Carme (comp.). *Las mujeres y el trabajo. Rupturas Conceptuales*. Barcelona, Fuhem, 1994, pp.253-294.
- HERNÁNDEZ, Jorge; PEREIRA, Manuel. *En primera línea contra el coronavirus: el trabajo de cuidados de larga duración a personas mayores en España*. Fundación Alternativas, 2021.
- HIMMELWEIT, Susann; LAND, Hilary. Reducing gender inequalities to create a sustainable Care system. *Kurswechsel*, 4, 2011, pp. 49-63.
- HOCHSCHILD, Arlie Russell. Las cadenas mundiales de afecto y asistencia y la plusvalía emocional. In: HUTTON, Will; GIDDENS, Anthony (ccord). *En el límite: la vida en el capitalismo global*. Tusquets Editores, Barcelona, 2001, pp.187-208.
- JAMES, Nicky. Care = organisation + physical labour + emotional labour». *Sociology of Health & Illness*, 14(4), 1992, pp.488-509.
- MARK, Saralyn. Account for gender/sex to make personal protective equipment safer for women. STAT, 2020 [https://www.statnews.com/2020/06/19/account-forgender-sex-to-make-personal-protective-equipment-safer-for-women/-acceso en 30 de Julio de 2021].

- MARTIN PALOMO. Domesticar el trabajo. *Cuadernos de Relaciones Laborales*, 26 (2), 2008, pp.13-44.
- MARTIN-SERRANO, Enrique. ¿Es todavía posible un sistema de dependencia como motor económico y de empleo? *Actas de la Dependencia*, 11, 2014, pp. 29-56 [https://www.fundacioncaser.org/sites/default/files/documentocompleto\_julio14.pdf- acceso en 30 de Julio de 2021]
- MAYBORE, Purificación; VÁZQUEZ, Iria. Cuidar cuesta: Un análisis del cuidado desde la perspectiva de género. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 151, 2015, pp.83-100.
- MOLINIER, Pascale. Trabajo y compasión en el mundo hospitalario: una aproximación a través de la psicodinámica del trabajo. *Cuadernos de relaciones laborales*, 26(2), 2008, pp.121-138.
- MUÑOZ, Óscar; PITXER, Josep. V. El servicio de ayuda a domicilio en el área metropolitana de Valencia, *Zerbitzuan*, 66, 2018, pp.77-96.
- PÉREZ OROZCO Amaia. Amenaza la tormenta. La crisis de los cuidados y la reorganización del sistema económico. *Revista de Economía Crítica*, 5, 2006, pp.7-37.
- RAZAVI, Shahra; STAAB, Silke. Mucho trabajo y poco salario. Perspectiva internacional de los trabajadores del cuidado. *Revista Internacional del Trabajo*, 129(4), 2010, pp.449-467.
- RAZAVI, Shahra. *The Political and Social Economy of Care in a Development Context. Conceptual Issues, Research Questions and Policy Options*. Gender and Development Programme Paper, 3. Ginebra, United Nations Research Institute for Social Development. 2007 [https://www.unrisd.org/80256B3C005BCCF9/(httpAuxPages)/2DBE6A93350A7783C12573240036D5A0/\$file/Razavi-paper.pdf - acceso: 11 de octubre de 2021].
- ROCA, Mireia. Desigualdades de género y trabajo de cuidados en el Servicio de Ayuda a Domicilio: políticas, discursos y prácticas. *Revista Internacional de Organizaciones*, 20, 2018, pp.59-80.
- ROCA, Mireia. Tensiones y ambivalencias durante el trabajo de cuidados. Estudio de caso de n Servicio de Ayuda a Domicilio en la provincia de Barcelona. *Cuadernos de Relaciones Laborales*, 35 (2), 2017, pp.371-391.
- ROCA-ESCODA, Mireia et al. “Con un disfraz”. Experiencias y percepciones de trabajadoras de servicios de cuidado de larga duración durante la Covid-19. *Disparidades. Revista de antropología*, 77(1), e001c, 2022.
- RODRÍGUEZ CABRERO, Gregorio. Políticas sociales de atención a la Dependencia en los regímenes de bienestar de la unión europea. *Cuadernos de Relaciones Laborales*, 29 (1), 2011, pp.13-42.
- TWIGG, Julia et al. Conceptualising body work in health and social care. *Sociology of Health & Illness*, 33 (2), 2011, pp.171-188.
- ZALAKAÍN, Joseba et al. *The COVID-19 on users of Long-Term Care services in Spain*. LTCcovid, International Long-Term Care Policy Network, CPEC-LSE, 2020 [https://ltccovid.org/wp-content/uploads/2020/05/LTCcovid-Spain-country-report-28-May-1.pdf- acceso en 15 de Julio de 2021].