

# PRECARIEDAD Y CUIDADOS

Hacia un derecho universal de CUIDADANÍA

DOCUMENTO PARA LA FORMACION Y EL DEBATE  
COMISIÓN CONFEDERAL CONTRA LA PRECARIEDAD – CGT  
noviembre 2004

## ÍNDICE

1	INTRODUCCIÓN.....	3
2	(RE) PENSANDO LA PRECARIEDAD .....	4
3	CUIDADOS Y SISTEMA ECONÓMICO .....	5
3.1	Liberalismo y cuidados.....	5
3.2	El peso económico de los cuidados.....	7
3.3	Los mercados como epicentro de la organización social .....	8
4	LOS CUIDADOS .....	9
4.1	Necesidad y trabajo de cuidados .....	9
4.2	Quiénes necesitan los cuidados. Quién cuida.....	10
4.2.1	Menores.....	11
4.2.2	Mayores.....	12
4.2.3	Personas dependientes por discapacidad .....	12
4.2.4	Personas dependientes por enfermedad.....	13
4.3	Desde dónde se satisface la necesidad de cuidados.....	14
5	PRECARIEDAD Y TRABAJOS DE CUIDADOS.....	16
5.1	La crisis de los cuidados .....	16
5.1.1	La quiebra del modelo anterior .....	16
5.1.2	En qué sentido quiebra .....	16
5.1.3	El porqué de la quiebra .....	17
5.2	Precariedad en el auto-cuidado y en el cuidado mutuo.....	20
5.2.1	El auto-cuidado y el cuidado mutuo como valores sociales .....	20
5.2.2	El tiempo para el cuidado.....	20
5.2.3	Otros recursos precarios.....	21
5.3	Precariedad en la recepción de los cuidados .....	22
5.3.1	Concatenación de las precariedades.....	22
5.3.2	La precariedad vital reduce las posibilidades de recibir cuidados.....	23
5.3.3	Se recibe cuidados de forma precaria .....	24
5.3.4	El derecho social a ser cuidada/o .....	25
5.4	Precariedad en el trabajo de cuidados .....	31
5.4.1	Precariedad en el trabajo de cuidados doméstico.....	31
5.4.2	El trabajo no remunerado.....	31
5.4.3	El trabajo de cuidados remunerado. Empleadas de hogar .....	35
5.4.4	Precariedad en el trabajo de cuidados extradoméstico.....	38
5.4.5	El derecho a cuidar en condiciones dignas .....	38
5.4.6	El derecho a no cuidar .....	38
6	HACIA UN DERECHO UNIVERSAL DE CIUDADANÍA .....	43
7	LOS CUIDADOS COMO UNA RESPONSABILIDAD SOCIAL.....	42

NOTA INICIAL:

Este documento, dedicado a la precariedad y los cuidados, reproduce básicamente un informe realizado en julio de 2003 por la Comisión Confederal contra la Precariedad. No obstante, el contenido fue previamente objeto de varios debates de la Comisión durante el primer trimestre de 2003, y posteriormente fue sometido de nuevo a discusión a principios de 2004. Las ideas y sugerencias que plantea son fruto, pues, de un acuerdo inicial entre los miembros de la Comisión.

El marco de referencia, como se señala a continuación en la introducción, es la concepción de la precariedad en la vida, que contiene la precariedad laboral, como condición estructural para el sostenimiento y desarrollo del actual capitalismo globalizado. Se parte de un conflicto sustancial entre las relaciones de poder, basadas en la centralidad de los mercados y de la salarización del trabajo, y las relaciones socio-económicas y afectivas centradas en la sostenibilidad de la vida, es decir, en la satisfacción de las necesidades sociales.

Consideramos que este documento puede dar una visión general sobre este tema y contribuir a los debates que se están produciendo tanto en nuestra organización como fuera de ella.

## **1 INTRODUCCIÓN**

Las reflexiones que se plantean en este documento están vinculadas a una visión de la precariedad que no sólo tiene en cuenta la situación que atraviesa el mercado laboral y las cada vez peores condiciones que sufren las asalariadas y los asalariados.

Si bien consideramos que ésta es una forma de precariedad que no sólo es muy grave en sí misma, sino que incide en muchos otros aspectos de la vida de las personas, no queremos centrar nuestra mirada exclusivamente en las relaciones laborales, dando por sentado que el nudo de los problemas sociales que padecemos sólo puede ser desatado interviniendo sobre los mercados.

Más bien al contrario. Creemos que el pensamiento hegemónico nos marca unos estrechos límites, un falso imaginario que deja fuera de nuestra mirada una gran parte de la infraestructura que sustenta este patriarcado capitalista que padecemos. Si en nuestras sociedades occidentales los mercados capitalistas han conseguido convertirse en el epicentro de la organización social y han erigido a la economía como único principio de realidad, esto ha sido posible, en gran medida, por su habilidad para camuflar la realidad y convencernos para que viéramos sólo aquello que debíamos ver. O que queríamos ver, porque en el mismo proceso se han ido recreando nuevas formas para mantener la subordinación y opresión de las mujeres, algo a lo que la otra mitad de la población no es en absoluto ajena.

La visión dicotómica de la realidad de la que partimos, la idea de que existen espacios sociales diferenciados y que lo “público” (el estado, los mercados, el trabajo asalariado...) tienen poco o nada que ver con lo “privado” (los grupos familiares, las redes sociales, el trabajo de cuidados...) no es más que una falacia que nos impide ver los íntimos mecanismos que hacen funcionar en todo su esplendor la estructura del sistema.

**MATERIALES DE FORMACIÓN - CGT**  
**Acción Social y Actualidad - Cuaderno N° 3, Noviembre 2004**

Creemos que es absolutamente necesario romper esta dicotomía y empezar a plantearnos una visión integral del mundo en que vivimos, no sólo para poder entenderlo, sino para poder imaginar un mundo diferente, una sociedad organizada en torno a las necesidades humanas, y luchar para conseguirla. Dejar de considerar a los mercados como epicentro supone, también, dejar de considerarlos como el único escenario de intervención, tanto teórica como práctica.

En los siguientes apartados iremos viendo el enfoque de precariedad del que partimos y desarrollando diversas ideas en torno a los cuidados: desde su relación con el sistema económico hasta lo que hemos denominado la “crisis de los cuidados”, cuyos efectos consideramos no sólo como una de las formas de precariedad más severas, sino como un elemento crucial en el despliegue y legitimación de otras formas de precariedad. Pero también hay que ver las crisis desde un punto de vista positivo. La crisis de los cuidados tiene la virtud de permitirnos visibilizar y poner en cuestión algunos elementos centrales sobre los que se constituye nuestra sociedad y generar nuevos imaginarios, nuevas propuestas de transformación y nuevas formas de lucha. En ello estamos.

## **2 (RE) PENSANDO LA PRECARIEDAD**

Para pensar la precariedad rompiendo el estrecho marco de los mercados e intentando abarcar la vida en su conjunto (la pública y la privada, la de los hombres y la de las mujeres) hemos dirigido nuestra mirada, en primer lugar, a lo que consideramos debería ser el objetivo social por excelencia: la satisfacción de las necesidades humanas.

Partir de esta perspectiva, a pesar de la dificultad que entraña determinar qué consideramos como necesidades humanas, nos permite visualizar la precariedad de una manera muy amplia, tanto de las formas en las que se manifiesta, como de las personas o grupos sociales que la padecen.

Una primera proposición es entender la precariedad como la inseguridad de poder acceder a aquellos recursos que necesitamos para vivir. Pero ¿qué necesitamos para vivir? Excede a la extensión y al objetivo de este texto abordar el complejo debate sobre las necesidades humanas, pero sí creemos necesario señalar algunas ideas.

Las necesidades tienen un carácter multidimensional. Existe una dimensión material de las necesidades: necesitamos comida, vivienda, abrigo, agua... pero también una dimensión inmaterial que hace referencia a los afectos, las relaciones sociales, la libertad, la autonomía... Estas dos dimensiones no son escindibles y no pueden comprenderse por separado. Si padecemos una enfermedad grave necesitamos medicinas y un hospital, pero también afecto y apoyo emocional para superarla. Necesitamos relacionarnos socialmente, pero para relacionarnos necesitamos un espacio material en el que hacerlo.

Tener en cuenta estas dimensiones es muy importante para comprender que también la precariedad es multidimensional y afecta de forma combinada a elementos materiales e inmateriales. Una persona joven que no puede asegurarse recursos monetarios suficientes para independizarse puede tener garantizadas muchas de sus necesidades (casa, comida, afecto...), sin embargo carece de algo que consideramos indispensable: la autonomía. Una persona inmigrante puede disponer de dinero, pero puede tener serias dificultades para que le alquilen una vivienda o para relacionarse con el vecindario. Una trabajadora sexual puede tener asegurados recursos monetarios suficientes para vivir, pero la persigue un estigma social que precariza no sólo sus condiciones laborales sino su vida entera. Una persona presa tiene garantizada la satisfacción de las necesidades materiales más inmediatas, pero no tiene libertad ni puede disponer cotidianamente del afecto y el apoyo de las personas que le quieren.

Como podemos ver, los recursos a los que nos referimos para poder satisfacer nuestras necesidades, para vivir una vida que merezca la pena ser vivida, son de índole muy diversa. Equiparar bienestar con ingresos monetarios, capacidad de satisfacer necesidades con capacidad de consumo o satisfacción de necesidades con empleo es una visión reduccionista que no tiene en cuenta que muchas de las necesidades humanas (y en algunos casos las más importantes) se resuelven desde ámbitos que poco tienen que ver con el mercado. Éste es el caso de las necesidades de cuidados, que se satisfacen mayoritariamente desde el trabajo no remunerado.

Pero cuando hablamos de necesidades no sólo estamos hablando de recursos, también estamos hablando de derechos. Y ésta es nuestra segunda proposición: la precariedad también se manifiesta por la falta de derechos sociales, que apenas son reconocidos como tales en la actualidad, sobre todo en el caso de algunos colectivos. De este modo hemos llegado a la siguiente definición de precariedad: *desigualdad institucionalizada en el reconocimiento, el acceso y el ejercicio de derechos, lo que supone la imposibilidad real de disponer de un modo sostenido de los recursos adecuados para satisfacer necesidades*. La precariedad, por lo tanto, indica siempre un déficit en derechos y recursos.

Tomamos esta definición como un punto de partida que no sólo nos está permitiendo tener una visión amplia de la precariedad en la vida, sino que nos facilita introducir en nuestro análisis diferentes ejes de poder (clase, raza, país de origen, género...) y por tanto diferentes formas y contenidos de la precariedad.

### **3 CUIDADOS Y SISTEMA ECONÓMICO**

Partimos de la base de que la construcción del mundo capitalista ha necesitado una estructuración que va mucho más allá de lo que se visualiza en lo que podemos denominar como el espacio público<sup>1</sup>. Sin embargo, la mayoría de los análisis (también los que se hacen desde posiciones alternativas) parten de una visión androcéntrica y unilateral, que no sólo invisibiliza a las mujeres (sus trabajos, sus experiencias, su papel social...) sino que no puede establecer un diagnóstico certero de la realidad, puesto que sólo observa una parte de la misma.

De forma muy resumida vamos a intentar explicar algunas ideas sobre esta estructura. Para ello vamos a señalar algunas de las tesis liberales que fundamentan la sociedad capitalista.

#### **3.1 LIBERALISMO Y CUIDADOS**

La teoría liberal dio fundamento teórico a la construcción de un mundo dividido en dos esferas separadas e incluso antagónicas: la pública y la privada. La primera de ellas es el espacio de los hombres y la segunda el de las mujeres. El liberalismo, mediante esta concepción, reformula la subordinación de las mujeres, muy anterior a la sociedad capitalista, y hace que pase a tener un papel estructural en el nuevo sistema económico y social.

La esfera pública era, y es, el espacio del mercado, regido por los criterios de racionalidad económica. El inversor busca maximizar sus ganancias, el asalariado sus ingresos y el

---

<sup>1</sup> Los términos público y privado no se utilizan aquí para referirnos a aquello que constituye lo estatal o que está en manos del capital particular. En este texto remiten a los espacios en los que se inscriben, en el caso del espacio público, las actividades políticas y económicas, la vida laboral y social, y en el caso del espacio privado las actividades vinculadas a la reproducción: crianza, afectos y cuidado de las personas dependientes.

**MATERIALES DE FORMACIÓN - CGT**  
**Acción Social y Actualidad - Cuaderno N° 3, Noviembre 2004**

consumidor la utilidad derivada de su compra. De este modo, según el liberalismo, a través de la persecución egoísta del propio interés, la sociedad se organiza de una manera eficiente. Es la mano invisible del mercado.

Sin embargo, esta explicación no contempla comportamientos y actividades que atienden necesidades básicas de los seres humanos como la reciprocidad, el afecto o los cuidados, que son fundamentales para el desarrollo y la vida de las personas. Estas necesidades se satisfacen en una esfera diferente, la privada.

La teoría del intercambio rentable, como motor de la vida social, no se verifica en la familia<sup>2</sup>, en la que prevalece el altruismo en lugar del egoísmo y la mano tendida en lugar de la mano invisible. El papel de las mujeres en ella no solamente sirve de contrapeso frente al individualismo y el materialismo del mercado, sino que también proporciona el cuidado necesario a la población dependiente –niñ@s, personas ancianas o enfermas- y también a los varones adultos, para que estos puedan dedicarse plenamente a su actividad en la esfera pública.

En el siguiente cuadros pueden verse algunas de las asignaciones a la esfera pública y a la esfera privada, así como su aplicación a la lógica del mercado y a la lógica del cuidado.

ESFERA PÚBLICA	ESFERA PRIVADA
MASCULINO	FEMENINO
Libertad	Necesidad
Mente-producción de ideas	Cuerpo-producción de cuerpos
Razón-entendimiento	Pasión-sentimientos
Hacer	Ser
Productividad-trabajo	Improductividad-“no trabajo”
LÓGICA DEL MERCADO	LÓGICA DEL CUIDADO
Objetivo:	Objetivo:
ACUMULACIÓN CAPITAL	SATISFACCIÓN NECESIDADES
Económico	No económico
Interés (la mano invisible)	Desinterés (la mano tendida)
Intercambio rentable	Altruismo
Razón	Sentimientos

Esta división de espacios no es desde luego neutral, y a pesar de que los valores que se asignan a la esfera privada están mucho más vinculados a las necesidades humanas esenciales, ésta queda desvalorizada e invisibilizada frente al espacio público, que aparece como el único importante.

<sup>2</sup> Entendemos familia de una forma amplia. No sólo por su composición o estatuto legal (extensa, nuclear, unipersonal, pareja del mismo o distinto sexo, de hecho, ...) sino también teniendo en cuenta las redes que se establecen para llevar a cabo el trabajo de cuidados. Preferimos llamar a esto “grupo doméstico”, pero excede del objetivo de este texto entrar en lo que supone esta re-definición.

Mediante la subordinación del espacio privado y de sus protagonistas, las mujeres, el modelo liberal asegura la continuidad de las relaciones patriarcales de dominación, y garantiza, con un bajísimo coste, la producción y reproducción de la fuerza de trabajo, actividad imprescindible para la construcción del espacio público y del mercado.

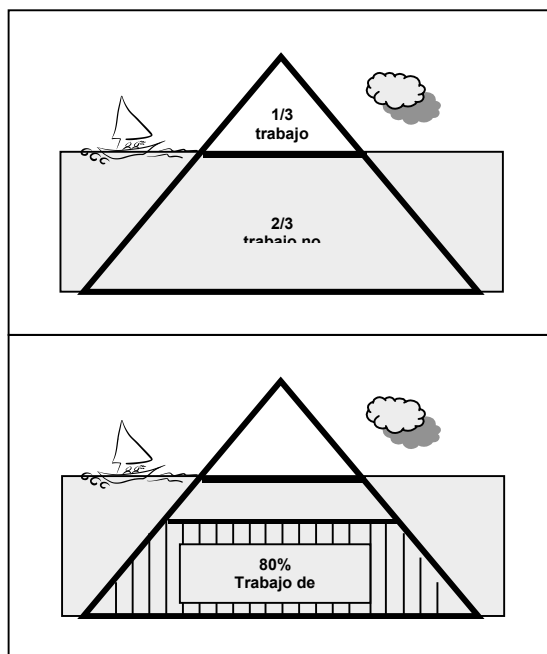
La invisibilización de la esfera privada y de la lógica que la rige, ha posibilitado legitimar la lógica de mercado como la única lógica social existente y posible. También ha permitido ocultar los millones de horas de trabajo de cuidados no remunerado que se realizan y que aparecen socialmente como algo que forma parte de las relaciones personales más íntimas y sin vinculación con el sistema económico<sup>3</sup>. La utilización del término “trabajo” para referirse a “empleo” (trabajo asalariado) secunda esta invisibilización.

### 3.2 EL PESO ECONÓMICO DE LOS CUIDADOS

El valor del trabajo de cuidados no remunerado y su vinculación estructural con el sistema económico, puede verse en estos dos ejemplos<sup>4</sup>:

#### a) La economía del estado español: un iceberg.

Del total de horas de trabajo realizadas anualmente en nuestro país, dos terceras partes corresponden a trabajos no remunerados y sólo un tercio a trabajo remunerado. Es decir, la economía de mercado en el estado español flota sobre dos tercios del esfuerzo colectivo que permanece invisible. De esos dos tercios de trabajo no remunerado, el 80% corresponde a trabajo de cuidados realizado mayoritariamente por las mujeres. El trabajo no remunerado y, por su importancia, el de cuidados, es imprescindible para el mantenimiento del sistema económico, sin el que no podría sobrevivir.



<sup>3</sup> El trabajo de cuidados no es invisible en términos individuales. Casi todo el mundo (quizás seamos muy optimistas, dejémoslo en mucha gente) reconocería que el trabajo de su madre en casa es importante. Pero probablemente no se indignaría porque su madre no tenga derecho a la seguridad social a raíz de esa labor tan crucial de haberle amamantado. Es decir, es la significación social, para el conjunto del sistema socio-económico, la que se invisibiliza. Tampoco es un trabajo invisible para el Opus Dei u otros discursos fundamentalistas católicos. Es más, la figura del ama de casa se ensalza, pero dentro de unas concepciones sumamente estrictas de lo que es o debe ser la mujer-mujer

<sup>4</sup> En ambos casos estamos utilizando investigaciones realizadas por M. Ángeles Duran.

Cuando hablamos de “trabajo” refiriéndonos a “empleo” estamos hablando de la parte más pequeña del trabajo que se realiza. Confundimos la parte con el todo.

b) El trabajo de cuidados no remunerado, en horas

En la siguiente tabla podemos ver el número anual de horas realizados en trabajo no remunerado de cuidados a menores, personas enfermas y ancianas y su equivalente en número de empleos.

Cuidados no remunerados	Número de horas	Equivalente en empleos
Cuidado de niñas y niños	14.500 millones	8,7 millones
Cuidado de personas ancianas	4.295 millones	2,5 millones
Cuidado de personas enfermas	4.780 millones	2,7 millones
TOTAL	23.589 millones	14,1 millones

La utilización del equivalente en empleos nos permite evaluar más fácilmente la importancia y el valor del trabajo de cuidados. A modo de comparación, recordamos que la población activa según la EPA (4° trimestre 2002) es de 18.495.400 de personas (11.082.000 hombres y 7.413.400 mujeres)

### **3.3 LOS MERCADOS COMO EPICENTRO DE LA ORGANIZACIÓN SOCIAL**

¿Qué significa decir que los mercados se sitúan como epicentro de la organización social? Hablar de los mercados –capitalistas- como centro de la organización social significa decir muchas, muchísimas cosas: el dinero como única medida de valor, fomento del individualismo y el consumismo... Pero destaquemos una de ellas, no tan comúnmente señalada y que tiene mucho que ver con esos trabajos invisibles de los que hablábamos. Los mercados capitalistas se rigen por una lógica de acumulación, por el objetivo único de obtener beneficios, de expandirse. Situarlos como epicentro implica que todo otro objetivo social se subordina al de los mercados.

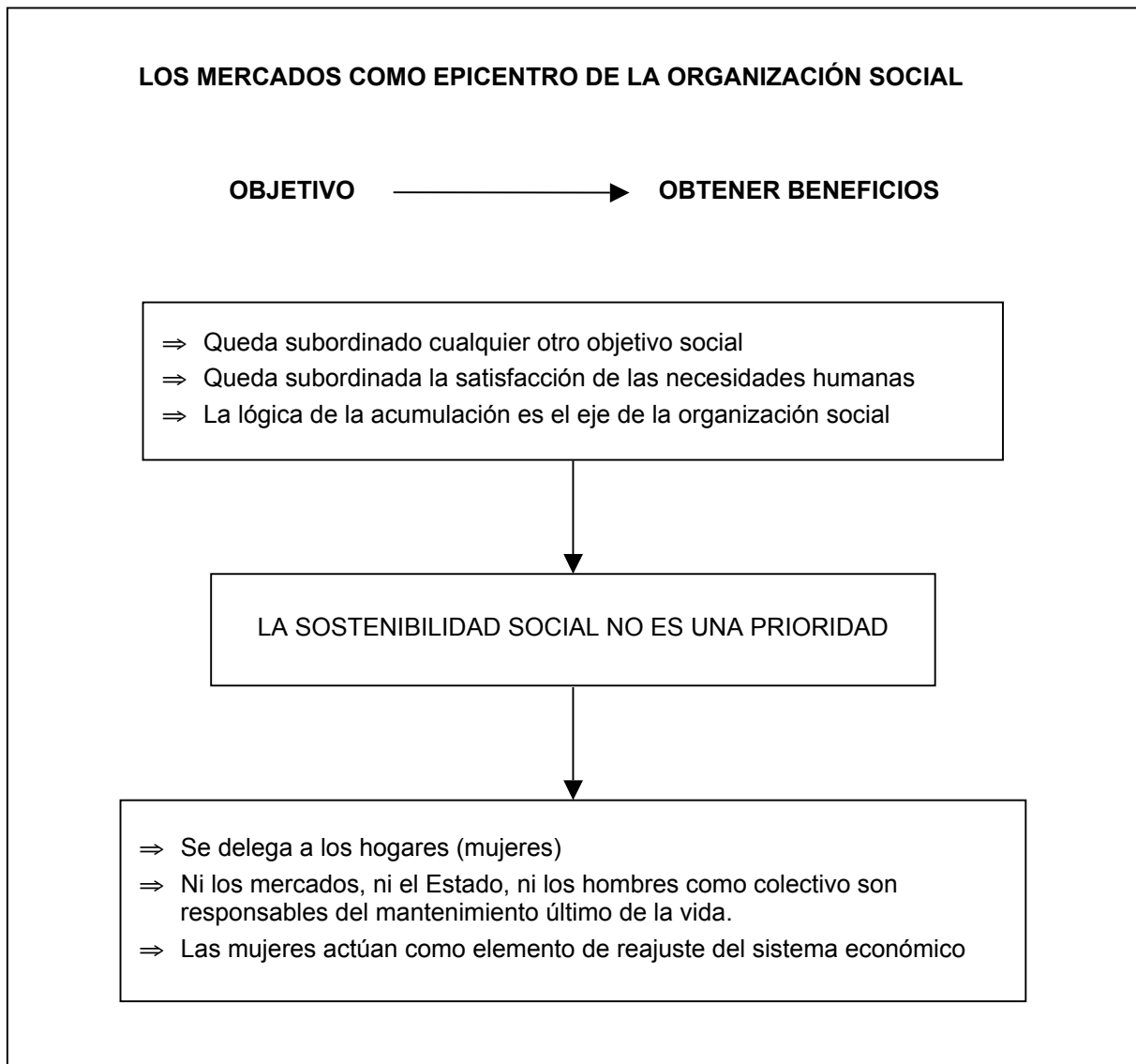
Es la lógica de acumulación la que dirige el funcionamiento social, la que rige las decisiones sobre cómo estructurar los tiempos, los espacios, las instituciones legales,... el qué, cuánto y cómo producir: en la sociedad capitalista no se produce lo que necesitan las personas -da igual producir medicinas o bombas con tal de que originen beneficios. Poner en el centro la lógica de acumulación hace imposible la existencia de una auténtica responsabilidad social en la reproducción.

Con esto queremos decir que economía es el proceso de satisfacción de necesidades, de mantenimiento de la vida. Si la lógica de acumulación prima, la sostenibilidad social no es



**MATERIALES DE FORMACIÓN - CGT**  
**Acción Social y Actualidad - Cuaderno Nº 3, Noviembre 2004**

una prioridad. Es una responsabilidad que se delega a los hogares y, dadas las relaciones de poder existentes en ellos y en el conjunto de la sociedad, a las mujeres. Ni los mercados, ni el estado, ni los hombres como colectivo son responsables del mantenimiento último de la vida. Por tanto, son las mujeres, organizadas en torno a redes, en los hogares más o menos extensos, las que responden y las que, finalmente, actúan como elemento de reajuste del sistema económico. Ellas son el colchón del sistema económico, frente a todos los cambios en el sector público o privado, cambios motivados por una lógica de acumulación, ellas reajustan los trabajos no remunerados para seguir garantizando (¡en la medida de lo posible!) la satisfacción de necesidades, la vida.



## **4 LOS CUIDADOS**

### **4.1 NECESIDAD Y TRABAJO DE CUIDADOS**

Cuando hablamos de cuidados nos estamos refiriendo, en principio, a una necesidad de todas las personas. Necesitamos alimentarnos, y que sea de forma conveniente;

**MATERIALES DE FORMACIÓN - CGT**  
**Acción Social y Actualidad - Cuaderno N° 3, Noviembre 2004**

necesitamos vivir en un lugar lo más cómodo y aseado posible; necesitamos compañía y afecto; necesitamos cuidar de nuestra salud y de nuestras enfermedades... Sería difícil enumerar todas las actividades que realizamos diariamente para nuestra sostenibilidad y la de las personas que nos rodean. Esta cita puede dar una idea de la amplitud a la que nos referimos:

*Hay que llevar a un hijo al hospital y acompañarlo durante cuatro horas para hacerle más grata la estancia. Una hija necesita una fiesta de cumpleaños para celebrar sus 15 años. Hay que escribirle a la suegra contándole las noticias familiares y preguntarle por su salud y su torcedura de tobillo. Hay que ir al colegio a hablar con el profesor.*

*Una hermana necesita apoyo por su inminente divorcio y un hermano necesita compañía por su inminente desempleo. Un sobrino alivia su soledad conversando acerca de los pulgones de los rosales. Un familiar debe devolver a la tienda unos zapatos ortopédicos. Una amiga necesita un canguro para su hijo mientras va al médico. Otra amiga necesita consejo acerca de un hijo problemático ...*

*Parece que estuviéramos ciegas (os) y no viéramos esa red que actúa y responde frente a situaciones difíciles y, sin embargo, es tan necesaria para el bienestar humano e incluso para la existencia misma, que se considera casi un hecho natural, como respirar.*

*J. Tweedie, "The Unacknowledged Network that makes the world go round"*

La necesidad de cuidados requiere para su satisfacción de un trabajo: el trabajo de cuidados. Este trabajo es el que se ha denominado tradicionalmente "trabajo doméstico", cuando lo que se enfatizaba era el componente material de esas actividades (limpiar la casa, hacer la compra y la comida, lavar la ropa...) Frente a esa "materialidad", se sitúa la idea de trabajos de cuidados, donde enfatizamos una componente afectiva y relacional, el cuidar de otras/os, atender sus necesidades personales, materiales e inmateriales (ayudar a un/a niño/a a hacer la tarea, acompañar a tu pareja al médico...) y con límites más amplios que el grupo doméstico (puedes acompañar a la médica a tu vecina). También nos referimos al trabajo con ese complejo mundo de instituciones con las que hay que lidiar –la escuela, los servicios sociales, la seguridad social, el banco, el seguro... - y a las que hay que dedicar tanto tiempo (¡los papeleos!) y esfuerzo mental.

Excede al objetivo de este texto introducir el complejo debate sobre qué es o no trabajo. Sin embargo sí queremos señalar nuestro desacuerdo con las posiciones que sólo reconocen como trabajo aquellas actividades que pueda hacer otra persona diferente a quien consume su resultado. En primer lugar, porque se establece una ruptura insostenible: si cocino durante una hora para mí y para mi familia, ¿debo decir que he trabajado tres cuartos de hora (en mi familia somos cuatro)? En segundo lugar, porque esta afirmación es como decir que ese trabajo podría hacerlo el mercado.

#### **4.2 QUIÉNES NECESITAN LOS CUIDADOS. QUIÉN CUIDA.**

Todas las personas necesitamos cuidados. En algunos casos pueden ser resueltos por una/o mismo, en lo que denominamos autocuidado<sup>5</sup>, pero otras no, como puede ser la

---

<sup>5</sup> Como autocuidado puede entenderse, por ejemplo, desde asearse (algunas personas dependientes no pueden hacerlo) hasta autodiagnosticarse una enfermedad leve y resolverla.

## **MATERIALES DE FORMACIÓN - CGT**

### **Acción Social y Actualidad - Cuaderno Nº 3, Noviembre 2004**

necesidad de compañía, afecto o reconocimiento. Además, las personas somos seres sociales y formamos parte de redes (lo que denominamos grupo doméstico y sus extensiones) donde se da el cuidado mutuo<sup>6</sup>.

Sin embargo, hay determinados grupos de personas que no pueden hacerse cargo de gran parte de su autocuidado, ni pueden participar de forma recíproca en lo que hemos denominado "cuidado mutuo". Es el caso de las personas dependientes<sup>7</sup>. Cabe destacar que todas las personas pasamos, a lo largo de nuestra vida y en diferentes facetas, por fases de dependencia. Es decir, la dependencia no es una condición absoluta de un grupo social frente a otro.

Sobre las personas dependientes queremos hacer una primera salvedad. Normalmente se entiende por tal aquellas personas que por su edad (niñas y niños) o por situaciones de enfermedad o discapacidad (temporal o definitiva) tienen que depender de otras personas para tener cubiertas sus necesidades de cuidados. Sin embargo, también queremos llamar la atención sobre lo que hemos denominado "dependientes sociales". En este grupo situamos a un gran número de hombres (por no decir la mayoría) que son dependientes porque no tienen ni la formación para cuidarse ni quieren hacerlo.<sup>8</sup>

En el caso de las personas que atraviesan una situación de dependencia real, es importante señalar que el objetivo prioritario ante las situaciones de dependencia debe ser garantizar la mayor autonomía y libertad posible. En muchos casos, gran parte de la dependencia es originada por factores ajenos y exteriores a la persona que la padece. En este sentido cabría destacar, por ejemplo, la configuración de las viviendas y de las ciudades. Las barreras arquitectónicas, el riesgo de accidentes que produce el tráfico, la rápida forma de vida... hace que las grandes ciudades sean escenarios hostiles para niños y niñas, personas mayores y con discapacidad.

#### **4.2.1 Menores**

Cuando hablamos de menores solemos referirnos a las niñas y niños entre 0 y 18 años, fecha en que se adquiere la mayoría de edad. Sin embargo, en la actualidad, el periodo de la adolescencia se prolonga y, además, los hijos e hijas no suelen abandonar el hogar familiar hasta una media de 30,1 años. En esta última etapa el grado de dependencia no se corresponde con el de etapas anteriores (incluso en algunos casos hay ingresos monetarios propios) pero siguen recibiendo cuidados.

Según el avance de resultados de los Censos de Población de 2001, el número de menores que viven en el Estado Español es de 7.854.787 (4.032.719 niños y 3.822.068 niñas), lo que supone un 19% sobre la población total (40.847.371)

Las necesidades de cuidados de las/os menores tienen la peculiaridad, frente a otros colectivos dependientes, de que están atravesadas por la necesidad de garantizar su

---

<sup>6</sup> Por cuidado mutuo entendemos los cuidados que se dan y se reciben de forma recíproca. Las redes en este tipo de cuidados son muy diversas y también las formas de reciprocidad, que no tienen porque ser homogéneas. Por ejemplo: tu hermana suele acompañarte al médico (porque es la que te inspira más confianza) y tu sueles resolverle sus problemas de papeleos (porque lo haces bien); si necesitas consejo para separarte de tu pareja, a lo mejor no recurres ni a tu familia ni a los/as amigos/as comunes, sino a una compañera de trabajo (asalariado) que piensas que te puede ayudar y con la que estableces otros lazos de reciprocidad.

<sup>7</sup> Del mismo modo que el autocuidado y el cuidado mutuo suelen darse de forma simultánea, la dependencia tampoco suele ser absoluta, salvo en el caso de personas con discapacidades muy severas, que afecten a la capacidad de raciocinio, o en el caso de bebés.

<sup>8</sup> No hacen comidas, no saben lo que es una dieta sana, no lavan la ropa, no planchan, no limpian la casa... algunos ni siquiera son capaces de llevar el control de su propia medicación cuando están enfermos.

**MATERIALES DE FORMACIÓN - CGT**  
**Acción Social y Actualidad - Cuaderno N° 3, Noviembre 2004**

desarrollo emocional, social y cognitivo. En este sentido, la falta de cuidados o su baja calidad puede tener efectos muy negativos.

Sin embargo, también hay que señalar que en cada contexto cultural, histórico y geográfico se producen distintas ideas sobre lo que deben ser los cuidados que hay que prestar a niños y niñas. En el caso de nuestras sociedades occidentales, se ha producido una "psicologización" del cuidado en la niñez y una enorme presión que responsabiliza a los padres (sobre todo a las madres) de cualquier problema que puedan tener sus hijas/os. La angustia y la preocupación acerca del cuidado y la educación de niños y niñas no han sido nunca tan fuertes como en la actualidad. Se considera que cualquier decisión tomada en los primeros años de la vida del niño o la niña (llevarles o no a la guardería, por ejemplo) son factores de una importancia enorme para el adecuado desenvolvimiento de los hijos e hijas en el futuro. El contexto socio-económico queda así exonerado de cualquier responsabilidad<sup>9</sup>.

#### **4.2.2 Mayores**

Según los Avances del Censo de Población de 2001, el número de personas mayores de 65 años que viven en el Estado Español es de 6.964.267 (2.936.706 hombres y 4.027.561 mujeres).

Lo primero que cabe señalar es que la gran mayoría de las personas de estas edades (entre un 70 y un 75%) no son personas dependientes que necesiten ayuda. Es más, muchas de ellas son a su vez personas cuidadoras:

- \* 340.000 personas mayores de 65 años, cuidan no remuneradamente a niñas y niños.
- \* 386.000 personas mayores de 65 años cuidan no remuneradamente de otras/os adultas/os dependientes.

En este sentido, sólo deben considerarse personas dependientes a aquellas personas mayores que sufren alguna discapacidad que les impide llevar una vida autónoma. El porcentaje de mayores dependientes aumenta en la medida en que se da un modelo de alargamiento de la vida que no tenga en cuenta la calidad de los años ganados. Este es el modelo actual, que prioriza, digamos, la cantidad de años vividos sobre la calidad de éstos. Sin embargo, volvemos a señalar que esa capacidad de autonomía no sólo depende de su salud, sino que, como veíamos antes, esta limitada por factores exteriores.

Entre estos hay que tener cuenta la migración interior hacia las grandes ciudades ha producido el alejamiento de las redes familiares de cuidado. De este modo, las personas que quedaron en su día en los lugares de origen, se suelen ver obligadas cuando por la vejez ya no pueden cuidar completamente de sí mismas a trasladarse a las ciudades en las que viven sus hijas/os. Este cambio de forma de vida resta aún más posibilidades a su autonomía.

#### **4.2.3 Personas dependientes por discapacidad**

---

<sup>9</sup> No sólo exonerado de responsabilidad, sino que también queda oculto su protagonismo en lo que debe ser la educación de niños y niñas. No debemos olvidar que de lo que se trata, en gran medida, es de adaptar a los menores a la sociedad de mercado y a sus requerimientos.

## MATERIALES DE FORMACIÓN - CGT

### Acción Social y Actualidad - Cuaderno N° 3, Noviembre 2004

Entendemos por personas dependientes por una discapacidad a aquellas que padecen algún tipo de disfunción que les impide, en mayor o menor grado, cuidar de sí mismas en períodos muy prolongados o para siempre.

Se entiende por Discapacidades AVD aquellas que producen una limitación grave o importante para el desarrollo de las actividades de la vida diaria: tanto básicas de cuidado personal y movilidad en el hogar, como las instrumentales en el ámbito doméstico<sup>10</sup>.

También hay distintos grados de discapacidad AVD, que puede ser total, severa o moderada.

Desde el punto de vista de la dependencia, las deficiencias más invalidantes son el deterioro mental, los problemas de movilidad y los problemas sensoriales.

En la siguiente tabla podemos ver el número de personas con discapacidad AVD y su grado<sup>11</sup>:

	6 a 64 años	Mayores 65 años	6 años en adelante
Discapacidad moderada	295.818	425.049	720.867
Discapacidad severa	255.387	479.870	735.257
Discapacidad total	227.099	487.843	714.942
No consta	13.127	31.199	44.326
<b>Suma total y severa</b>	<b>482.486</b>	<b>967.713</b>	<b>1.450.199</b>
<b>TOTAL DISCAPACIDADES</b>	<b>791.432</b>	<b>1.423.962</b>	<b>2.215.394</b>

Hay que señalar que las discapacidades pueden provenir de un problema congénito, de una enfermedad y también por haber sufrido un accidente. En este último caso queremos incidir expresamente en los accidentes laborales.

#### 4.2.4 Personas dependientes por enfermedad

Consideramos en esta categoría a las personas que sufren un proceso de enfermedad temporal, que puede ser leve o grave, pero que termina resolviéndose sin generar una situación de discapacidad. También aquellas personas con enfermedades crónicas que no limitan su autonomía.

Desde nuestro punto de vista, el cuidado de la enfermedad es un incremento o especialización del cuidado de la salud que se realiza de forma cotidiana. Lo que comemos, la higiene personal o del lugar en el que vivimos, o la mayor o menor atención emocional que recibimos, son elementos del cuidado de la salud.

Cuando se produce un episodio de pérdida de la salud, la persona afectada puede perder en mayor o menor medida su capacidad de autocuidado y pasar, de forma temporal, a ser dependiente.

La cuantificación de las personas que sufren procesos de enfermedad es muy difícil. En muchos casos de enfermedad leve, ésta se resuelve en casa sin contar con asistencia médica (26% de los casos<sup>12</sup>). Sin embargo, los datos que aporta la Encuesta Nacional de

<sup>10</sup> Por ejemplo: lavarse y cuidarse de su aspecto, comer y beber, levantarse y acostarse, desplazarse dentro del hogar, deambular sin medio de transporte, cuidarse de las compras, comidas, etc.

<sup>11</sup> Según Encuesta de Deficiencias y Discapacidades.

<sup>12</sup> Encuesta de Nuevas Demandas (1990)

**MATERIALES DE FORMACIÓN - CGT**  
**Acción Social y Actualidad - Cuaderno N° 3, Noviembre 2004**

Salud en cuanto a impacto de la enfermedad sobre la vida cotidiana y la limitación de actividades, puede ser de utilidad.

Según esta Encuesta, la restricción de actividades por enfermedad o dolencia afecta a un 12,8% del conjunto de la población en su actividad principal. Las restricciones en el tiempo de ocio afectan de forma casi idéntica a las actividades de ocio o tiempo libre: 11,4%. Anualmente estas cifras equivalen a 2,96 quincenas por persona con la actividad principal reducida y a 3,38 quincenas en la limitación de actividades de tiempo libre. A efectos de restricción de la actividad en su conjunto, la situación más desfavorable es la permanencia en cama, tanto por la gravedad de la enfermedad como porque sea el tratamiento que requiere. Sólo la mitad de quienes han reducido su actividad principal guardó cama (7%)

#### **4.3 DESDE DÓNDE SE SATISFACE LA NECESIDAD DE CUIDADOS**

La necesidad de cuidados se satisface desde lo que podemos denominar como dos sistemas: el sistema doméstico y el extradoméstico.

El sistema doméstico, y sobre todo el trabajo no remunerado, es el que tiene más peso en todos los casos. Por ejemplo, en el cuidado de personas enfermas, en el que existe una amplia infraestructura sanitaria, ésta sólo aporta el 12% de los cuidados necesarios. El resto se facilitan desde el sistema doméstico.

Del trabajo no remunerado, hay que decir que tradicionalmente se ha contado con una infraestructura de mano de obra dedicada a tiempo completo y de forma gratuita a esta actividad: las denominadas amas de casa. Los cambios en la forma de vida de las mujeres están haciendo que cada vez existan menos mujeres que dediquen todo su tiempo a este trabajo. En concreto podemos decir que desde 1988 a 2002 el número de mujeres dedicadas a "labores de hogar" se ha reducido en 1.320.000. Sin embargo, el trabajo es, por lo menos, el mismo y sigue recayendo fundamentalmente en las mujeres, al margen de su relación con el mercado laboral.

En cuanto al trabajo de las empleadas de hogar (es decir, el trabajo de cuidados doméstico remunerado) pueden ser contratadas directamente por la familia o a través de empresas de servicios privadas, semiprivadas o públicas<sup>13</sup>. Constituyen, según el Libro Blanco sobre el empleo en Europa el primero de los 17 nuevos yacimientos de empleo dando lugar a una redefinición del trabajo asalariado. Dentro de este sector hay tres subsectores: trabajadoras internas, trabajadoras externas fijas y trabajadoras por horas.

Dependiendo de las diferentes necesidades de cuidados, en el sistema extradoméstico entran también en juego diferentes instituciones y servicios que requieren un análisis específico en el que no vamos a entrar en este texto. Sólo queremos resaltar que, también este sistema extradoméstico, los cuidados remunerados se aportan en gran medida también por mujeres, sobre todo en los escalones profesionales más bajos y menos "técnicos" (profesorado, enfermeras, cuidadoras a domicilio, residencias...)

---

<sup>13</sup> En el caso de empresas públicas, se habla de Servicios de ayuda a domicilio o de proximidad.

**SISTEMA DOMÉSTICO Y EXTRADOMÉSTICO**

**SISTEMA DOMÉSTICO**

- Autocuidado
- Cuidado mutuo
- Cuidado por otros familiares residentes en el hogar
- Cuidado por otros familiares no residentes en el hogar
- Cuidado en el hogar por no familiares
  - Remunerado
  - No remunerado

**SISTEMA EXTRADOMÉSTICO**

- Servicios sin ánimo de lucro
  - Servicios Públicos (estatales, municipales ...)
  - Voluntariado (de carácter social, ideológico...)
  - Servicios cooperativos
- Servicios con ánimo de lucro
  - De compra directa en el mercado
  - De compra indirecta (aseguradoras, etc.)

## **5 PRECARIEDAD Y TRABAJOS DE CUIDADOS**

### **5.1 LA CRISIS DE LOS CUIDADOS**

#### **5.1.1 La quiebra del modelo anterior**

En el conjunto del mundo occidental y también en el estado español, los años dorados del capitalismo que vinieron tras la II Guerra Mundial se basaron en un modelo fordista de familia, totalmente funcional para el mercado en ese contexto. Este modelo (extremadamente jerárquico durante el periodo franquista en el estado español) suponía la existencia de un cabeza de familia, trabajador asalariado con disponibilidad total para el mercado laboral y único proveedor de ingresos monetarios. Este varón protagonista estaba acompañado –necesariamente- por una mujer dedicada en cuerpo y alma al trabajo doméstico y al cuidado familiar (y extra-familiar). Madres, cuñadas, abuelas, nueras, hijas, vecinas, amigas... establecían las redes necesarias para abarcar las múltiples tareas derivadas de atender a los hombres-fuerza de trabajo (que no cuidaban ni siquiera de sí mismos) y a todas aquellas personas de su entorno que lo necesitaran. Un enorme esfuerzo invisible y gratuito de las mujeres, cuya desvalorización permitía ocultar la dependencia de la economía de mercado respecto a este “no-trabajo”, sin el que no podría sobrevivir. En este contexto, tanto el estado como el mercado asumían un papel minoritario en la provisión de cuidados.

Diversos factores, de los que luego comentaremos alguno, llevan a la quiebra de este modelo, con lo que se hace necesaria una redistribución social de los tiempos y trabajos, entre ellos, el trabajo de cuidados. Esta redistribución se ha producido, pero no ha sido suficiente. Es decir, no se logran cubrir todas las necesidades de cuidados existentes, a la par que los costes de dedicarse a cuidar se han multiplicado. Es a esto a lo que denominamos crisis de los cuidados. Creemos que los cuidados (y su crisis) son un lugar privilegiado desde el que hacer una crítica al conjunto de la organización social, ya que, a través de ellos, podemos percibir muy claramente el conflicto profundo de lógicas que subyace a nuestras organizaciones sociales, a este “patriarcado capitalista blanco”. Frente a una lógica de sostenibilidad de la vida, se opone la lógica del mercado, totalmente auto-referente. Al priorizar esta segunda, ponemos la vida y el bienestar constantemente en peligro, y ver cómo pelagra la posibilidad de cuidarnos, de cuidar o de que nos cuiden es un ejemplo muy claro.

#### **5.1.2 En qué sentido quiebra**

Hablamos de quiebra, de crisis. Esta crisis se refleja en varios ámbitos:

- Reforzamiento de precariedades anteriormente existentes: los trabajos de cuidados, tanto cuando se remuneran como cuando son gratuitos, se han realizado históricamente en condiciones de precariedad, que, ahora, se agravan.
- Aparición de nuevas precariedades: si antes esa estructuración social en torno de la familia fordista aseguraba (aunque a costa de la precariedad de las mujeres) que socialmente se generaran los cuidados necesarios, ahora esto está en peligro.
- Pero no nos referimos a que haya desaparecido un modelo socialmente deseable, entre otras cosas, porque se basaba en un reparto desigual y jerárquico de las cargas de trabajo e imponía un modelo de organización social (la familia nuclear tradicional) sumamente jerárquico y opresivo.



### **5.1.3 El porqué de la quiebra**

- Por una parte, se ha dado un incremento de las necesidades de cuidados. Las personas necesitamos cuidarnos día a día, como siempre, pero cada vez hay más personas que requieren unos cuidados intensivos o especializados, porque ciertas actividades no pueden realizarlas por sí mismas:
- Uno de los motivos de este aumento es el denominado “paso de la pirámide de población al pilar de población”. Es decir, la natalidad cae (con lo que hay menos niñ@s que cuidar, pero, en un futuro, también habrá menos gente que cuide) a la vez que la esperanza de vida aumenta. Pero los años que se alarga la vida no son, en muchos casos, años de calidad de vida, sino años de dependencia.
- Otros factores relacionados con la precariedad en la vida (en el empleo, en la vivienda,...) también generan un incremento de la demanda de cuidados.

A la vez, quienes antes garantizaban el cuidado con su dedicación a tiempo completo, las mujeres, ahora ya no tienen todo su tiempo disponible, en gran medida, porque se han incorporado al mercado laboral.

Esta incorporación de las mujeres al mercado laboral hace necesaria una redistribución social de los trabajos de cuidados. ¿Se ha producido?

- El papel del estado: En conjunto, aunque el estado sí ha asumido ciertas responsabilidades que antes no reconocía (sobretudo en atención a la infancia), esto ha sido producto de los niveles tan bajísimos de los que se partía. La responsabilidad pública es aún muy insuficiente, y la tendencia actual es a congelar, disminuir o privatizar prestaciones. El desmantelamiento del “estado del bienestar” significa que las instituciones públicas tienden a hacerse cada vez menos cargo del bienestar de la población y, por tanto, de sus cuidados.
- El papel de los mercados: su papel se refuerza, pero no en el sentido de hacerse responsables de los cuidados de la población, sino de ver este área como una nueva esfera de obtención de beneficios. Veamos:
  - El mercado se sigue aprovechando de la existencia de unos trabajos de cuidados gratuitos que garantizan que, día tras día, llegue la gente sana al mercado; pero sigue sin responsabilizarse en absoluto del bienestar de esas personas. Con las políticas de desreglamentación del mercado laboral este problema se agrava:
    - Reducción de las prestaciones en caso de invalidez, de enfermedad, de jubilación...
    - Exención o subvención de los pagos en caso de maternidad, o de ausencia del empleo por cuidado de familiares...
    - Movilidad geográfica, flexibilidad horaria según los intereses de la empresa...
  - La contraparte es el papel cada vez mayor de los mercados en proveer de cuidados no a quienes los necesitan, sino a quienes pueden pagarlos. Los empleos que aparecen se dan todos en condiciones de tremenda precariedad y están mayoritariamente en manos de mujeres. Por tanto, la lógica de los beneficios se apodera también de esta necesidad social para convertirla en una nueva fuente de negocios. Mercados de servicios para aquellas mujeres que puedan pagarlos y mercados de empleo precario para las mujeres más desfavorecidas.

**MATERIALES DE FORMACIÓN - CGT**  
**Acción Social y Actualidad - Cuaderno N° 3, Noviembre 2004**

- Los hombres: como colectivo, no asumen la responsabilidad en los cuidados (ni siquiera los de ellos mismos). Aunque haya casos de negociación individual en ciertos grupos domésticos, colectivamente, siguen asumiendo una parte muy baja de los cuidados no remunerados (alrededor del 20%). Recordemos cuál sigue siendo la distribución por géneros de los tiempos (horas al día):

	1991			1996			2000		
	—	—	— / —	—	—	— / —	—	—	— / —
Trabajo no remunerado	7,62	1,53	4,98	6,80	1,89	3,60	8,00	2,68	2,98
Trabajo remunerado	1,70	4,73	0,36	1,56	4,00	0,39	1,88	4,78	0,39
Total	9,32	6,26	1,49	8,36	5,89	1,42	9,88	7,46	1,32
% trabajo no remunerado sobre trabajo remunerado	4,48	0,32		4,36	0,47		4,26	0,56	

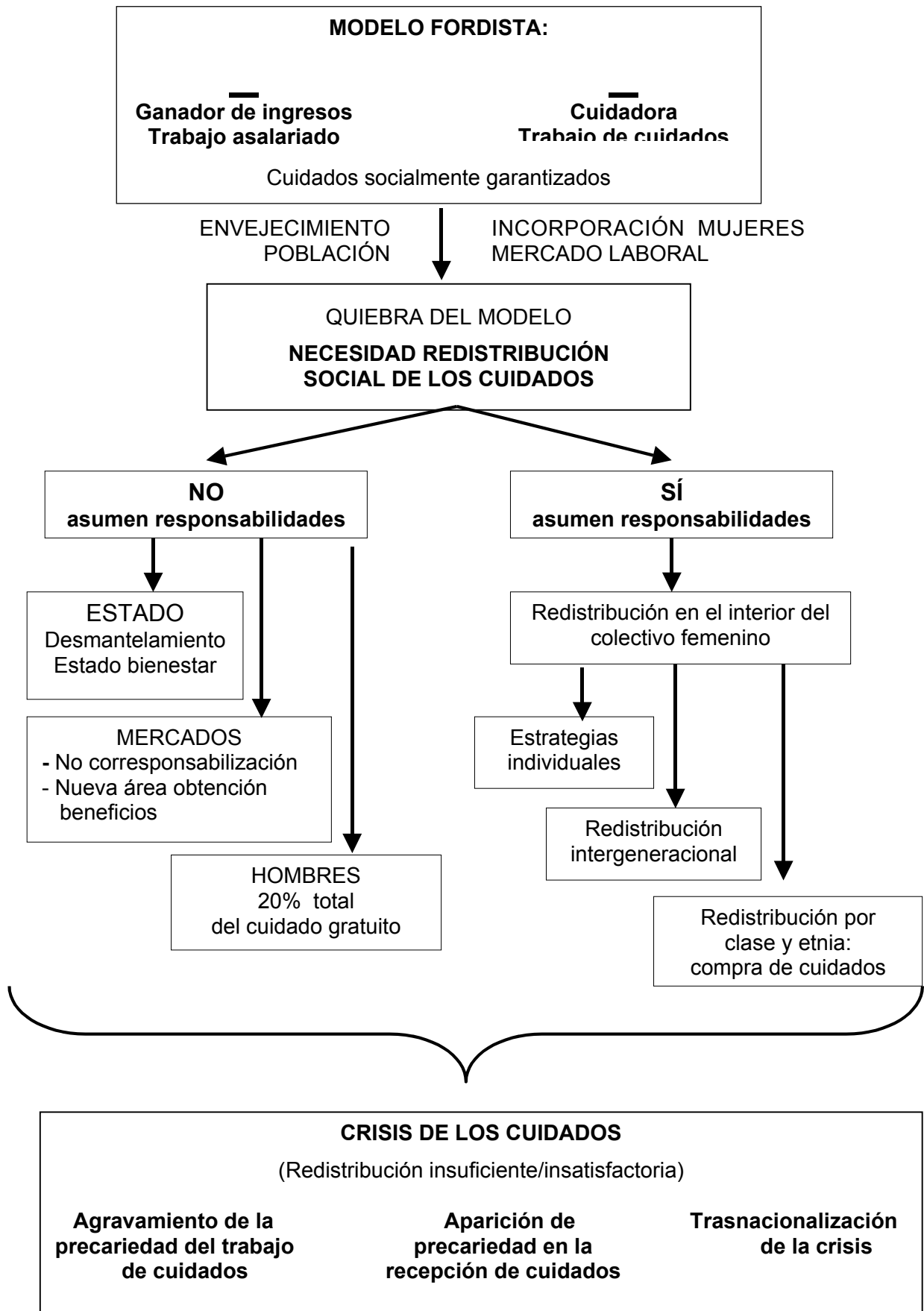
Por tanto, más allá de casos individuales, a nivel colectivo no se ha producido una redistribución por géneros de los trabajos de cuidados. Los hombres mantienen su modelo de incorporación al mercado laboral a tiempo completo y sin estar en función de otras responsabilidades más allá de las del mercado.

- Las mujeres como colectivo: es en el seno de este colectivo donde sí se ha efectuado una redistribución de los trabajos de cuidados, por varias vías:
  - Reorganización de los tiempos vitales de cada mujer: las mujeres han desarrollado nuevas estrategias para compatibilizar sus empleos con su responsabilidades no remuneradas, entre ellas: disminución (en la medida de lo posible) del tiempo de trabajo no remunerado, mediante una intensificación del ritmo de trabajo; estrategias particulares de incorporación al mercado laboral...
  - Redistribución intergeneracional entre mujeres: los cuidados se distribuyen entre todas las mujeres miembro de la familia extensa. Hasta ha llegado a diagnosticarse clínicamente el “síndrome de las abuelas esclavas”.
  - Redistribución por clases y etnias: aquí entra el fenómeno de la mercantilización de una parte de los trabajos de cuidados. Tanto en el caso de contratar empresas de servicios como el de contratar a personas individuales, las empleadas son en su inmensa mayoría mujeres. Contratar a otra mujer es una estrategia femenina para acceder a, o conservar, un empleo extradoméstico, aliviar la carga de la “doble jornada” refirir o terminar separándose del marido, para comprar tiempo para el ocio o ascender en el estatus de vida. Se establece entre la mujer empleada y la empleadora una relación jerárquica respecto a la que el hombre se sitúa por encima en tanto no se le considera responsable del ámbito doméstico. Entre las empleadas domésticas hay que destacar el caso de las mujeres inmigrantes (y la consiguiente transnacionalización de la crisis) del que luego hablaremos más.

Resumiendo, no se da una redistribución social de las responsabilidades de cuidados. Esa redistribución se limita al interior del colectivo femenino, y se da en base a la edad, la clase y la etnia. Dicha redistribución es, en algunos casos o dimensiones, insuficiente. Y, por otra parte, implica un alto coste para las responsables.

En el recién estrenado siglo XXI, como en épocas pasadas, el trabajo de cuidados se mueve en un contexto de desigualdades de género, clase y etnia, a menudo imbricadas entre sí y dentro de otras desigualdades regionales e internacionales.

EL MODELO FORDISTA DE FAMILIA



## **5.2 PRECARIEDAD EN EL AUTO-CUIDADO Y EN EL CUIDADO MUTUO**

Una idea de precariedad como déficit en derechos y recursos nos permite claramente reconocer los problemas asociados a los cuidados (en su recepción y en su provisión) como fenómenos de precarización de diferentes ámbitos vitales.

Veamos esta asociación entre la precariedad y los cuidados para el caso del autocuidado y del cuidado mutuo; es decir, para el cuidado cotidiano de la salud que todas las personas debemos afrontar sin encontrarnos en situación de requerir de unos cuidados especializados o intensivos (enfermedad, niñez, discapacidad...). Vamos a señalar dos puntos: cómo se perciben al autocuidado y el cuidado mutuo por el conjunto de la sociedad. Y, por otra parte, si se reconoce el derecho a tener tiempo (para cuidarnos a nosotras/os mismas/os y a otras/os), que es el recurso fundamental y específico del autocuidado y del cuidado mutuo.

### **5.2.1 El auto-cuidado y el cuidado mutuo como valores sociales**

El auto-cuidado: no estamos educadas/os en el auto-cuidado. Por una parte, en las mujeres se enfatiza su faceta de cuidar a los/as demás, hasta llegar, en casos, a la inmolación por el bienestar ajeno. Por otra, los hombres han sido educados en la idea de que alguien, alguna mujer, cuidará de ellos

Sin embargo, todo esto coincide con una exaltación del auto-cuidado en su forma más mercantil e individualista (cremas, masajes, centros de belleza y relax, balnearios, gimnasios...), con lo que aparecen fuertes desigualdades según los recursos monetarios de cada cual..

El cuidado mutuo: Por otra parte, el cuidado mutuo, en condiciones de reciprocidad (y no de obligatoriedad, como es el caso de muchas mujeres cuidando al resto) tampoco se valora. Cuidar del resto se ve más como un marrón que como un elemento connatural a los procesos de interdependencia en los que todas/os estamos inmersas/os.

### **5.2.2 El tiempo para el cuidado**

¿Existe un derecho social a la disponibilidad de tiempo para uno/a mismo/a cuando ...

- Ya bastante está limitado el tiempo cuando se dedica a un solo empleo, a una sola empresa (jornada laboral limitada, derecho a vacaciones...) y encima:
  - Pluriempleo para tener suficientes ingresos.
  - Entradas y salidas constantes del mercado laboral (del paro a los contratos basura y vuelta)
  - La jornada laboral se flexibiliza cada vez más en función de los intereses de las empresas
  - Otros tiempos también dedicados al trabajo remunerado no se contabilizan, como el de transporte
  - Todas las reglamentaciones inicialmente comentadas son sistemáticamente suavizadas (horas extras legales, posibilidad de acumular las horas...) o violadas (horas extra no reconocidas y obligatorias...)

**MATERIALES DE FORMACIÓN - CGT**  
**Acción Social y Actualidad - Cuaderno N° 3, Noviembre 2004**

- El tiempo dedicado a otros trabajos (remunerados informales o no remunerados) no está en absoluto controlado.
- En conjunto, no existe ninguna garantía de que las personas dispongan de tiempo para sí mismas, para su ocio, auto-cuidado y para el cuidado mutuo. No existe un derecho que nos garantice el tener tiempo. Podemos decir que ahí aparece un fenómeno de precariedad (no sabemos cuándo vamos a tener tiempo y cuánto). Las mujeres, en conjunto, salen perdiendo:

	Mujeres	Hombres
Tiempo de auto-cuidado (horas al día)	0,32	0,42

### 5.2.3 Otros recursos precarios

Además del tiempo, para poder sacar adelante los cuidados cotidianos de la salud, las personas necesitan otros recursos. Entre ellos, una vivienda digna, un entorno saludable y unas relaciones personales no jerárquicas. No es necesaria una amplia explicación para argumentar las diferentes precariedades que se experimentan en estas esferas.



### **5.3 PRECARIEDAD EN LA RECEPCIÓN DE LOS CUIDADOS** (INTENSIVOS Y/O ESPECIALIZADOS)

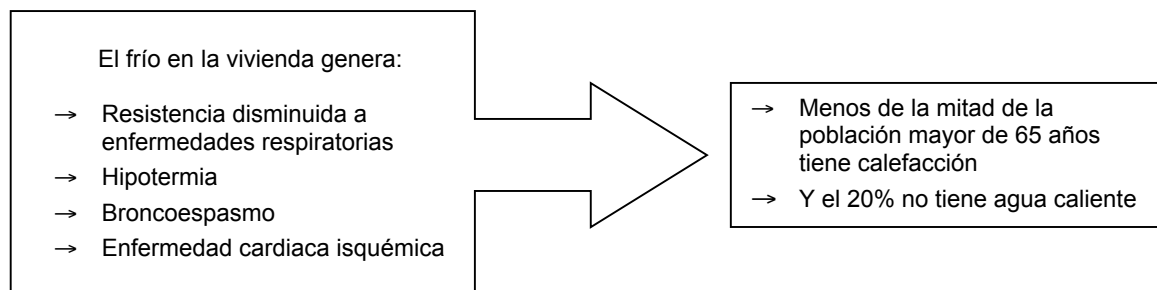
Nos situamos ya en el terreno de las personas “dependientes. ¿Reciben estas personas los cuidados que precisan? Afirmamos ya de antemano que existe una precariedad en la recepción de cuidados. Para explicar esta afirmación, es preciso que nos hagamos dos preguntas: cómo se concatena la precariedad en la recepción de cuidados con otras facetas de ese fenómeno amplio de precariedad en la vida; y, por otra parte, en qué nivel de negación de derechos se sitúa esta precariedad: si existe o no un derecho a ser cuidadas/os.

#### **5.3.1 Concatenación de las precariedades**

Diversas facetas de la precariedad vital generan un aumento de la necesidad de cuidados.

Los cuidados (tipo, cantidad) que se necesiten están en función de: la edad que se tenga, la patología de que se adolezca y el grado de dependencia que genere esa patología. Los dos últimos se ven afectados por diferentes ámbitos de la precariedad. Veamos:

- El estado general de salud depende de multitud de factores: generales (organización política y social), demográficos (edad media, distribución de los cuadros de edad), biológicos, ecológicos, económicos (nivel general de prosperidad), sociales (cohesión social, reparto por categorías sociales, relaciones familiares y la sociales, modos de vida y consumo...), culturales (valores dominantes, nivel de formación e información), sanitarios (sistema de cuidados). Las precariedades vividas en cualquiera de estos ámbitos pueden hacer que el estado de salud empeore. En general, “el estado de salud no es más que la expresión sintética de todos los otros indicadores de desigualdades”. El estado de salud de las personas precarias no presenta problemas específicos, sino una concentración y exacerbación de problemas. Sin embargo, los efectos conjuntos de todos estos factores, suelen aparecer en un lapsus de entre diez y treinta años. Es decir, los altos niveles de desigualdad y precariedad vital hoy, se sentirán en las próximas décadas. Pongamos simples ejemplos:
  
- El no tener una vivienda en condiciones adecuadas, genera problemas de salud múltiples.

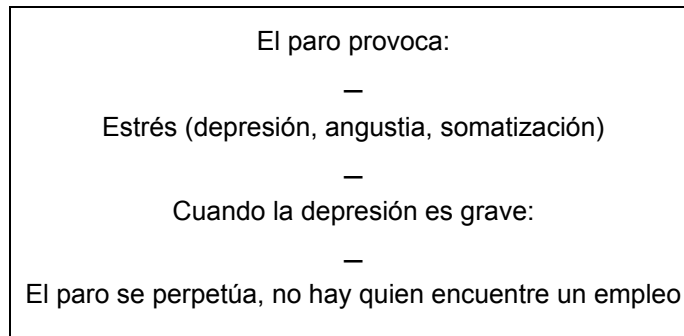


- Los distintos grupos sociales tienen un acceso distinto a los recursos sanitarios. Mientras que las clases altas suelen hacer consultas más preventivas, evitando a tiempo la

**MATERIALES DE FORMACIÓN - CGT**  
**Acción Social y Actualidad - Cuaderno N° 3, Noviembre 2004**

aparición de enfermedades graves, las clases más bajas suelen acudir a la consulta en casos ya graves.

- Los nexos entre el tipo de trabajo realizado, precariedad / siniestralidad laboral y el estado de salud son claros
- Al mismo tiempo, en periodos de crisis de empleo, cualquier hándicap es una gran limitación para encontrar empleo. Se dice que el grado de vulnerabilidad médica (es decir, la capacidad del estado de salud de dificultar el encontrar o conservar un empleo) es el doble en las personas con empleos precarios que en las personas con empleos estables.



- Por otra parte, el grado de dependencia que conlleve una cierta patología, variará según el contexto. Por ejemplo, una persona con movilidad reducida necesitará ayuda para subir a su casa si no tiene ascensor (es decir, dependerá de alguien), pero será autónoma si sí tiene ascensor<sup>14</sup>. Lo mismo puede decirse del acceso a sillas de ruedas, acceso a rehabilitación, casas adaptadas... Y todo esto está, cada vez más, en función del nivel socio-económico de la familia. De entre las personas con discapacidad que reciben ayudas técnicas, menos de la mitad son atendidas por los servicios públicos. Entre un 60 y un 70% de quienes reciben lo hacen pagando (directamente o mediante un sistema mixto).

### **5.3.2 La precariedad vital reduce las posibilidades de recibir cuidados**

Los cuidados pueden recibirse, como ya hemos apuntado, desde diversas esferas:

- El ámbito de las instituciones públicas: el recorte de los servicios y prestaciones públicas (contributivas y no) es un elemento central de la precariedad vital. El caso de las personas inmigrantes es el de más clara negación de acceso comprensivo a estos derechos.
- La compra de servicios en el mercado está mediada por la disposición de ingresos. Éstos, a su vez, vienen, bien del mercado laboral (donde aparece la precariedad laboral), bien de prestaciones públicas (también cada vez más precarias), bien de alguna persona cercana (con lo que aparecen fenómenos de dependencia emocional, precariedad en la autonomía personal).
- El último (aunque primero y principal) recurso son los trabajos de cuidados no remunerados. El problema, en este caso, no es tanto que se necesiten cuidados y no se

<sup>14</sup> Por ejemplo, el 36% de la población mayor de 65 años vive en casas sin ascensor.

**MATERIALES DE FORMACIÓN - CGT**  
**Acción Social y Actualidad - Cuaderno N° 3, Noviembre 2004**

reciban. Sólo el 0,68% de las personas con discapacidad entre 6 y 64 años ha pedido cuidados a la familia y no los recibe. El problema está en las condiciones en que este cuidado puede darse (falta de espacio, de tiempo para cuidar, múltiples tareas a la vez...).

### 5.3.3 Se recibe cuidados de forma precaria

En conjunto se reciben cuidados de forma precaria (insatisfactoria, insuficiente, inestable) y esto ocurre en varios sentidos:

- Hay gente que necesita cuidados y no los recibe. Por ejemplo:
  - El caso de las escuelas infantiles
  - El 28,33% de las personas con discapacidad AVD no recibe cuidados
  - De entre quienes ha pedido servicios y no los recibe, la inmensa mayoría es porque se los han pedido a la administración y se encuentran en lista de espera
  - Para el caso de personas con discapacidad menores de 65 años:

	Cobertura de la demanda estimada
Plazas residenciales	14.310 (53%)
Ayuda a domicilio	4.050 (9%)
Centros de día	3.840 (16%)

- Los cuidados que se reciben del sector público, además de llegar a poca población, no suelen ser los más adecuados para cada persona y, además, reflejan fuertes diferencias territoriales (según la CCAA de la que se reciban).
- Existe un claro sesgo de clase en la recepción de cuidados: las personas que reciben (casi) únicamente cuidados por parte de la familia son personas de menor nivel de ingresos y menor nivel educativo. Aquí se constatan problemas de:
  - Mayores problemas de salud y más invalidantes
  - Menor acceso a servicios de mercado
  - Menor acceso a servicios públicos: no conocimiento de los servicios existentes (las instituciones públicas no logran acercarse a quienes necesitan sus recursos)
- Un componente crucial del cuidado no es tanto los servicios concretos que se reciban, sino la relación con la persona cuidadora. Es decir, la componente afectiva es la que marca el grado de bienestar de la persona cuidada. El que se genere una relación más o menos satisfactoria depende de muchos elementos. Entre ellos, las condiciones de precariedad en el empleo tienen efectos muy negativos. Cuando el cuidado se da de forma gratuita, la falta de tiempo, de recursos monetarios, de un espacio adecuado, la sobrecarga de tareas... empeoran la convivencia.
- En conjunto: el mercado no garantiza el cuidado más que cuando hay dinero para pagarlo; el estado provee de cuidados de forma insuficiente; otro tipo de organizaciones del



**MATERIALES DE FORMACIÓN - CGT**  
**Acción Social y Actualidad - Cuaderno Nº 3, Noviembre 2004**

cuidado no remunerado, como entre amigos/as o diversas asociaciones, que eviten las relaciones jerárquicas que se dan en la familia, son muy escasas, no garantizan el cuidado<sup>15</sup>. El peso final recae en las familias y, en ellas, en las mujeres. Este peso es demasiado grande, las condiciones (como luego veremos) no son buenas, con lo que el cuidado puede convertirse en una carga inmanejable.

#### **5.3.4 El derecho social a ser cuidada/o**

¿Tenemos un derecho social o legalmente reconocido a ser cuidadas/os? Es decir, ¿en qué nivel de negación de derechos se sitúa esta precariedad?: ¿existe o no un derecho a ser cuidadas/os?, ¿este derecho está reglamentariamente desarrollado?, ¿o, finalmente, el problema se localiza en el ejercicio individual de un derecho existente y articulado? Distingamos dos casos:

- Cuando las personas no están jurídicamente capacitadas (caso de niños/as y algunos casos de discapacidad)
  - Sí se asegura que alguien velará por los intereses de estas personas: las familias o alguien en su sustitución (en último lugar, el estado). Sin embargo, más que el reconocimiento de un derecho de las personas dependientes, supone el establecimiento legal de un deber para las familias. Es decir, nos encontramos ante una legislación que funciona de manera punitiva para las familias, a la par que no establece ninguna corresponsabilización del estado. Aquí cabe señalar que esto recae especialmente en las mujeres.

Dos simples ejemplos:

Las personas cuidadoras  
son responsables civiles de los delitos cometidos  
por las personas jurídicamente incapaces

Existen los llamados delitos contra las relaciones familiares:

- Quebrantamiento de los deberes de custodia
- Inducción al abandono del domicilio
- Abandono de familia, menores o personas con discapacidad

- En caso de tener hijos/as con minusvalía a cargo, existen complementos monetarios, pero de cuantía muy reducida, que tampoco suponen el reconocimiento real de un derecho:

---

<sup>15</sup> Por ejemplo, sólo el 1,93% de las personas con discapacidad que reciben ayuda personal la reciben de amigas/os o vecinas/os

**MATERIALES DE FORMACIÓN - CGT**  
**Acción Social y Actualidad - Cuaderno N° 3, Noviembre 2004**

Prestaciones por hijo/a con minusvalía a cargo:

Edad	Grado de minusvalía	Euros al año
Menor de 18	33% al 65%	581,64
	65% o más	3129,48
Mayor de 18	75% o más	4.694,28

- En el caso de ser una persona con capacidad jurídica, pero necesitar cuidados, ¿Están estos socialmente garantizados?
- En caso de enfermedad:
  - Sí se garantiza la posibilidad de ausentarse del mercado laboral (baja por enfermedad), aunque este derecho está en retroceso (disminución de días, becas, empleos precarios que no se renuevan, economía sumergida...); y algunas personas nunca han disfrutado plenamente de él (autoempleo, empleadas domésticas...)
  - Sin embargo, nadie te garantiza que puedas eximirte de realizar otra serie de trabajos no remunerados. Si tú te pones mala/o, ¿quién cuida, por ejemplo, a tus hijos/as?
  - Si no necesitas hospitalización, por tanto, se “garantiza” la ausencia del mercado laboral, pero no de otros trabajos, y se garantiza la visita médica. Pero todo el resto de facetas has de cubrirlas por ti mismo/a o por alguien que te ayude (¿quién te lleva la baja laboral si tú no puedes salir?, ¿quién te compra medicinas?, ¿quién te hace la comida?...)
  - Si necesitas hospitalización, a nivel individual sí verás cubiertas tus necesidades, siempre y cuando no seas inmigrante sin papeles. Una quinta parte de los inmigrantes carece de cobertura sanitaria debido a su situación de no regularidad<sup>16</sup>.
  - En caso de invalidez: sólo existe el reconocimiento del derecho a un ingreso. Cuando la prestación es contributiva, reproduce las desigualdades del mercado de trabajo. Cuando no es contributiva, es una prestación mísera. Por otra parte, también está reconocido el derecho a ayuda de tercera persona (para las personas con invalidez que necesitan ayuda), que implica un incremento de la pensión de invalidez. La cuantía es también irrisoria.

	Cuantía anual (euros)	Incremento anual por necesitar ayuda tercera persona (euros)
Pensión de invalidez no contributiva	3.763,00	1901,17
Otras prestaciones por invalidez (LISMI)	2.098,04	818,30

- En caso de ser mayor de 65 años, necesitar ayuda, pero no estar oficialmente reconocida/o como persona con discapacidad no existe ningún derecho reconocido a recibir cuidados.

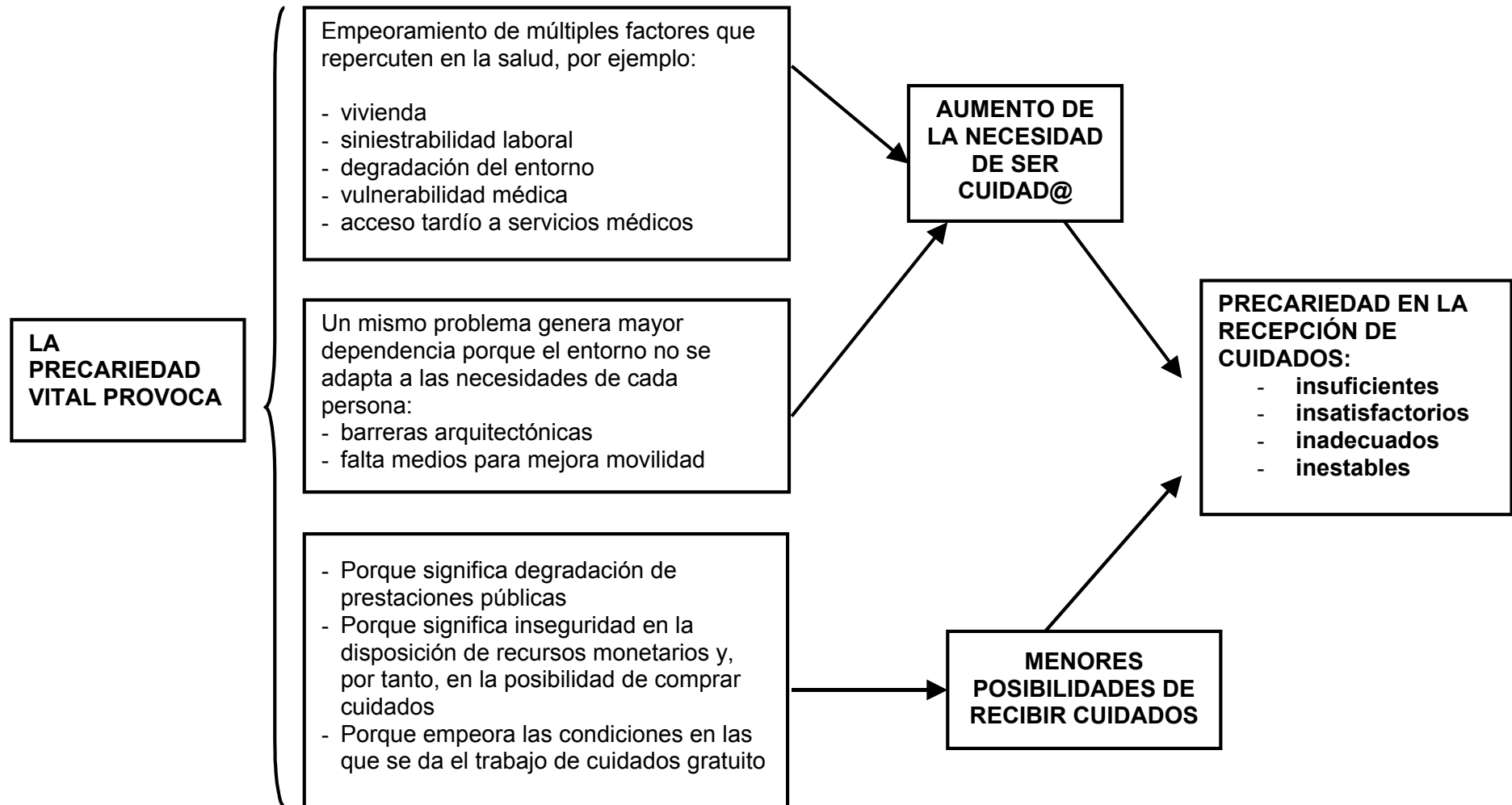
<sup>16</sup> Aunque cada vez por menos tiempo, porque te mandan antes a casa. Además, el funcionamiento de los hospitales se basa en la traslación de costes a los trabajos no remunerados. Por ejemplo, los hospitales no podrían funcionar con el número actual de personas empleadas si, por las noches, no se quedaran familiares para estar pendientes.

**MATERIALES DE FORMACIÓN - CGT**  
**Acción Social y Actualidad - Cuaderno N° 3, Noviembre 2004**

En general, se constata:

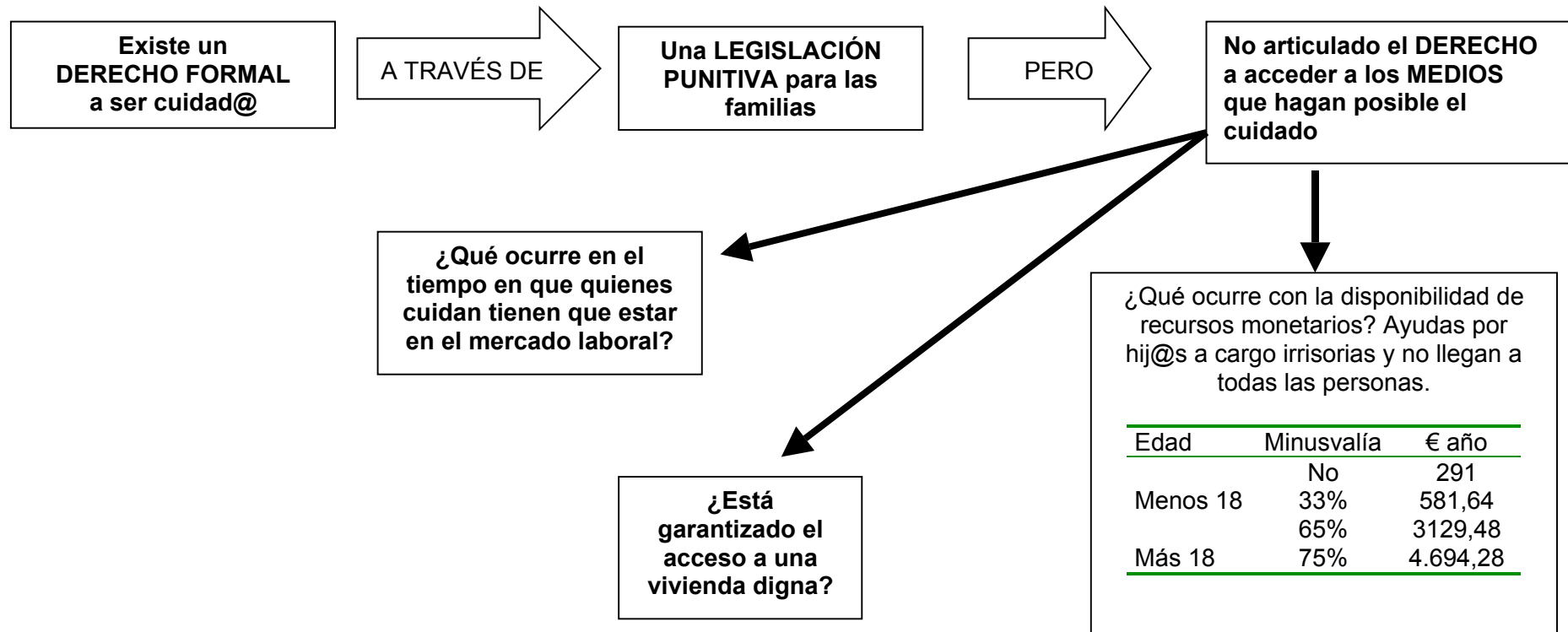
- Sólo se “garantiza” el derecho a ausentarse del mercado y a recibir atención médica especializada.
- La imposición a las familias de la responsabilidad de cuidadoras principales, sin la corresponsabilización del estado en ningún caso
- Lo irrisorio de las “ayudas” en las situaciones de dependencia: responden más a un lavado de imagen que a un interés real de significar una ayuda (ya que no una corresponsabilización) cierta.
- El mercado, en ningún caso, se hace responsable de las situaciones de dependencia de sus propias/os empleadas/os y, menos que menos, de las personas a cargo de éstas/os.

INTERRELACIÓN DE LA PRECARIEDAD EN LA VIDA Y LA PRECARIEDAD EN LA RECEPCIÓN DE CUIDADOS

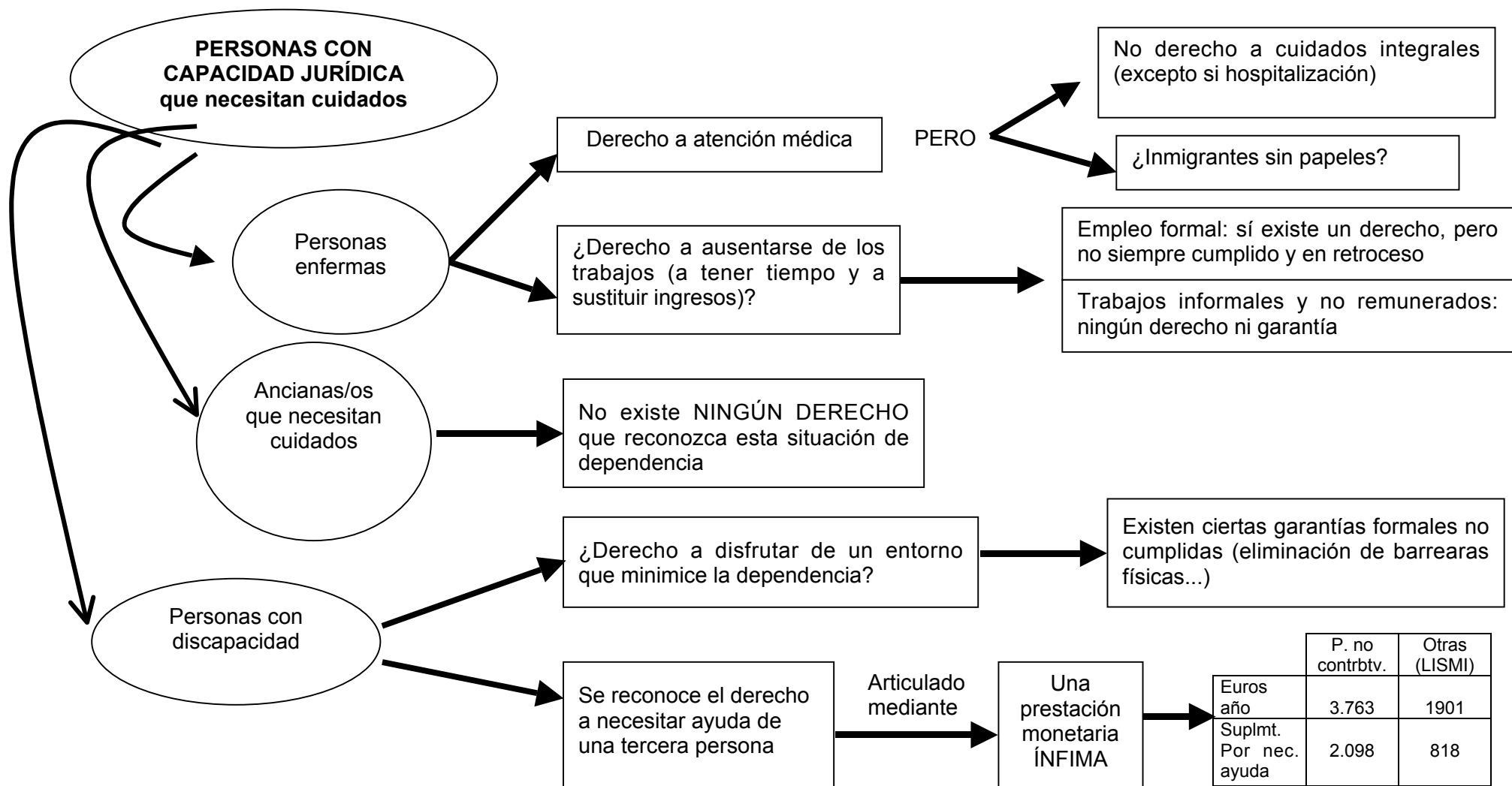


EL DERECHO A SER CUIDAD@ (1)

PERSONAS CON  
 INCAPACIDAD JURÍDICA  
 (niñ@s y algunas personas  
 con discapacidad)



EL DERECHO A SER CUIDAD@ (2)



## **5.4 PRECARIEDAD EN EL TRABAJO DE CUIDADOS**

Las personas que realizan efectivamente el trabajo de cuidados suelen hacerlo de forma precaria, en diversos sentidos.

### **5.4.1 Precariedad en el trabajo de cuidados doméstico**

Aquí entran tanto el trabajo remunerado (el de las empleadas de hogar) como el no remunerado (sobretudo, familiar, mayoritariamente realizado por mujeres). Veamos cada uno de ellos.

### **5.4.2 El trabajo no remunerado**

En primer lugar, recordemos que el apoyo informal recae sobre las capas más modestas de la sociedad, y, ahí, en las personas más alejadas del mercado laboral

Veamos la precariedad que rodea su trabajo en varias facetas:

- Remuneraciones o contraprestaciones derivadas de sus trabajos:
  - Prácticamente la totalidad de lo realiza de forma gratuita (97%)
  - Estos trabajos no cotizan (salvo, en casos, bajas por maternidad), por lo que no dan derecho a prestaciones presentes (bajas de cualquier tipo, vacaciones, derecho a descanso semanal...) ni futuras.
  - Además, cuando recaen sobre una persona que tiene un empleo, a menudo implican el tener que abandonarlo o reducirlo, con la consiguiente pérdida de ingresos. Esta pérdida es mayor en el caso de las mujeres, porque abandonan más frecuentemente sus empleos y, además, los hombres sólo suelen abandonarlos cuando pasan a recibir alguna prestación, generalmente, de jubilación).

Del total de hijas/os que dejaron su empleo para cuidar a sus p(m)adres	87% eran mujeres
---	------------------

Del total de m(p)adres que dejaron su empleo para cuidar a sus hijos/a con discapacidad	95% eran mujeres
---	------------------

- El tiempo dedicado a cuidar: ¿Cuánto y cuándo se cuida?, ¿existe algún límite o control? Los cuidados suelen exigir muchas horas. Como media para el conjunto de la población en España (en horas diarias):

**MATERIALES DE FORMACIÓN - CGT**  
**Acción Social y Actualidad - Cuaderno N° 3, Noviembre 2004**

	mujeres	hombres
Cuidado a niñas y niños	1.93	0.44
Cuidado a adultas/os dependientes	0.56	0.15
Cuidado a personas con enfermedad	0.6	0.16
Total cuidados a otras personas	3.09	0.75

Hablando de casos concretos (no de medias generales de la población), resulta que el cuidado suele durar habitualmente, años. En el caso de niñas y niños, está claro que la responsabilidad se da durante largo tiempo. Para el caso de cuidado a personas con discapacidad, la responsabilidad suele durar años y ocupar muchas horas semanales:

	Cuidados durante 8 años o más	Cuidados 15 horas semanales o más	Cuidados 40 horas semanales o más
6 a 64 años	45,8%	52,2%	32,3%
65 a 79 años	33%	51%	30,4%
80 o más	29,7%	65,3%	40,6%

Además, la dedicación al cuidado suele implicar estar pendiente o disponible 24 horas diarias. Es una jornada laboral continua, sin principio ni fin preestablecido. Para paliar esto, existen servicios concretos como: centros de día o residencias temporales para personas ancianas o con discapacidad, pero llegan a un número absolutamente mínimo de personas.

Por ejemplo:

	Menores de 65 con discapacidad	Mayores de 65 con discapacidad
Centros de día	3.840 (16% de la demanda estimada)	7.103 (0,11% de l@s mayores de 65)
Estancias temporales		1.683 (0,026%)
Otros servicios de alojamiento alternativo nocturno		3.348 (0,052%)

- Recursos necesarios para cuidar: Los medios más habituales son los típicos de una vida confortable ya que la mayor parte de las actividades realizadas son cotidianas. Cuando fallan estos elementos básicos, los problemas se agravan: lavadora, pañales de usar y tirar... También, y como ya se ha comentado, son muy apreciados todos los medios que facilitan la accesibilidad y movilidad (sillas de ruedas, baños equipados, camas articuladas...). El acceso a éstos está muy sesgado por recursos monetarios, ya que no están garantizados desde las instituciones.



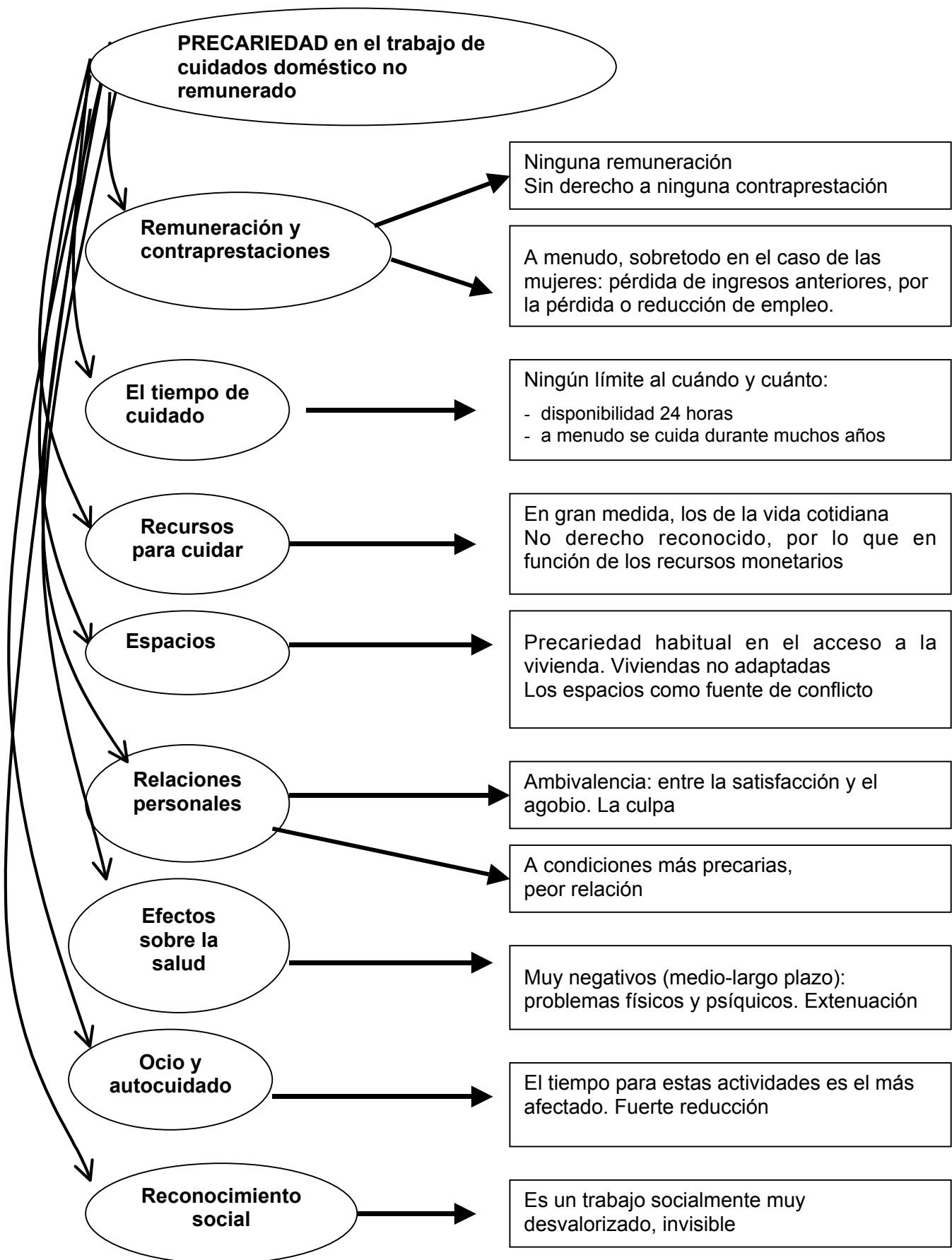
**MATERIALES DE FORMACIÓN - CGT**  
**Acción Social y Actualidad - Cuaderno Nº 3, Noviembre 2004**

- El espacio merece una atención especial, ya que la casa suele convertirse en espacio de conflicto y de rearticulación de papeles dentro de la familia (si la persona cuidada permanece o no en su casa, reasignación de espacios cuando cambia la forma de convivencia...). Puede generar fuertes tensiones y malestar emocional. Cuando la persona cuidada no vive en el mismo domicilio que la cuidadora, los desplazamientos pueden suponer un tiempo importante.
- Las relaciones personales entre persona cuidadora y persona cuidada: En general, suele aparecer un fenómeno de ambivalencia: emociones muy positivas en la relación de ayuda, mezcladas con sentimientos encontrados ante la dificultad de conciliar la vida personal y la de cuidado. Esta ambivalencia emocional de las cuidadoras es una característica central de la relación de cuidados y puede llegar a sentimientos extremos de agobio, donde se mezcla la culpabilidad. Por tanto, el cuidado, en según qué casos, puede provocar una fuerte inestabilidad emocional, siempre como resultado de la adscripción (casi) única del cuidado a la familia (y, en ella, a las mujeres).
- Efectos sobre la salud: Aunque hay pocos estudios, se reconoce que son negativos. Suelen presentarse como pluripatologías:
  - Problemas relacionados con los huesos y músculos: afectan a casi todas las personas que cuidan a otras con problemas de locomoción
  - Problemas psíquicos: afectan mucho, pero más a las mujeres cuidadoras y a quienes cuidan a personas con demencias. Se dan costes emocionales como sensación de culpabilidad, pérdida de identidad, angustia, depresión, alteraciones psicosomáticas...
  - Cansancio físico que llega a veces a la extenuación
  - Repitamos lo de que el ser cuidadora principal es, en sí mismo, un grave riesgo de futura dependencia.
- Ocio y tiempo para autocuidado: Es este tiempo, de ocio, relaciones personales, autocuidado... el que más afectado se ve por la responsabilidad de cuidar a otra/s persona/s; junto al tiempo dedicado a otras esferas del trabajo doméstico, que se reduce. La reducción depende de el grado de dependencia de la persona a cuidar, los recursos monetarios de que se disponga, la posibilidad de que haya más personas que ayuden en el cuidado y la propia actitud de la persona cuidadora.

# MATERIALES DE FORMACIÓN - CGT

Acción Social y Actualidad - Cuaderno N° 3, Noviembre 2004

## PRECARIEDAD EN EL TRABAJO DE CUIDADOS NO REMUNERADO



**MATERIALES DE FORMACIÓN - CGT**  
**Acción Social y Actualidad - Cuaderno N° 3, Noviembre 2004**

**5.4.3 El trabajo de cuidados remunerado. Empleadas de hogar**

Este trabajo es responsable del 10,58% de los cuidados realizados en el hogar. El trabajo de las empleadas de hogar contratadas directamente por la familia se encarga del 6% (el otro 4,58% se contrata a través de empresas). De entre esas empleadas, 4 de cada 5 son mujeres autóctonas. Una exigua minoría de españolas y casi la mitad de las inmigrantes trabajan como internas.

La precariedad en este ámbito abarca diversas dimensiones:

- Regulación jurídica:
  - Las normas por las que se ha regido el servicio doméstico reflejan claramente su consideración como un trabajo a medias. En 1985 se le reconoció el carácter de relación laboral con el Real Decreto 1424/1985 pero con “carácter específico” debido al ámbito donde se realiza el trabajo: los hogares. Esta normativa legaliza una especie de apartheid ocupacional, excluye de la igualdad de derechos a las personas trabajadoras en el servicio doméstico.
    - Convierte arbitrariamente a las empleadas en autónomas. El 36 % de las inmigrantes trabaja sin estar dada de alta. Entre las autóctonas la cifra alcanza al 79 %
    - No es obligatorio el contrato escrito
    - La relación laboral puede extinguirse por la pura arbitrariedad de la persona empleadora y las indemnizaciones por despido son ínfimas.
    - Jornada laboral totalmente indeterminada al no existir límite para el número de horas en las que la trabajadora debe estar disponible si es requerida.
    - Aunque el salario es igual al SMI, la empleadora puede descontar hasta un 45% del salario en concepto de manutención y alojamiento.
    - Precariedad absoluta en el ámbito de las prestaciones: no da derecho al subsidio por desempleo ni por enfermedad profesional; no da derecho tampoco a cobrar el salario hasta vigésimo noveno día de enfermedad; la situación de incapacidad laboral transitoria no exime de la obligación de cotizar... En 1999 el importe medio de la pensión por jubilación era de 53.000 pesetas
  - A esta indefensión en el régimen jurídico específico para el servicio doméstico, se añade la precariedad e indefensión de las mujeres inmigrantes por el régimen de inmigración. Existe un doble rasero según que se trate de inmigrantes de la Unión Europea o de los países del Sur, con criterios más estrictos para las segundas. La indefensión es máxima para las inmigrantes irregulares, cuyo porcentaje es mayor (32%) para las empleadas domésticas que para el conjunto de la población inmigrante.
- Condiciones laborales:
  - Estabilidad: La estabilidad en el empleo de las mujeres inmigrantes del sur asalariadas es muy limitada, en el caso del servicio doméstico lo es aún más
  - Movilidad: escasa; las que menos expectativas de abandono del sector tienen son las mujeres españolas y filipinas.

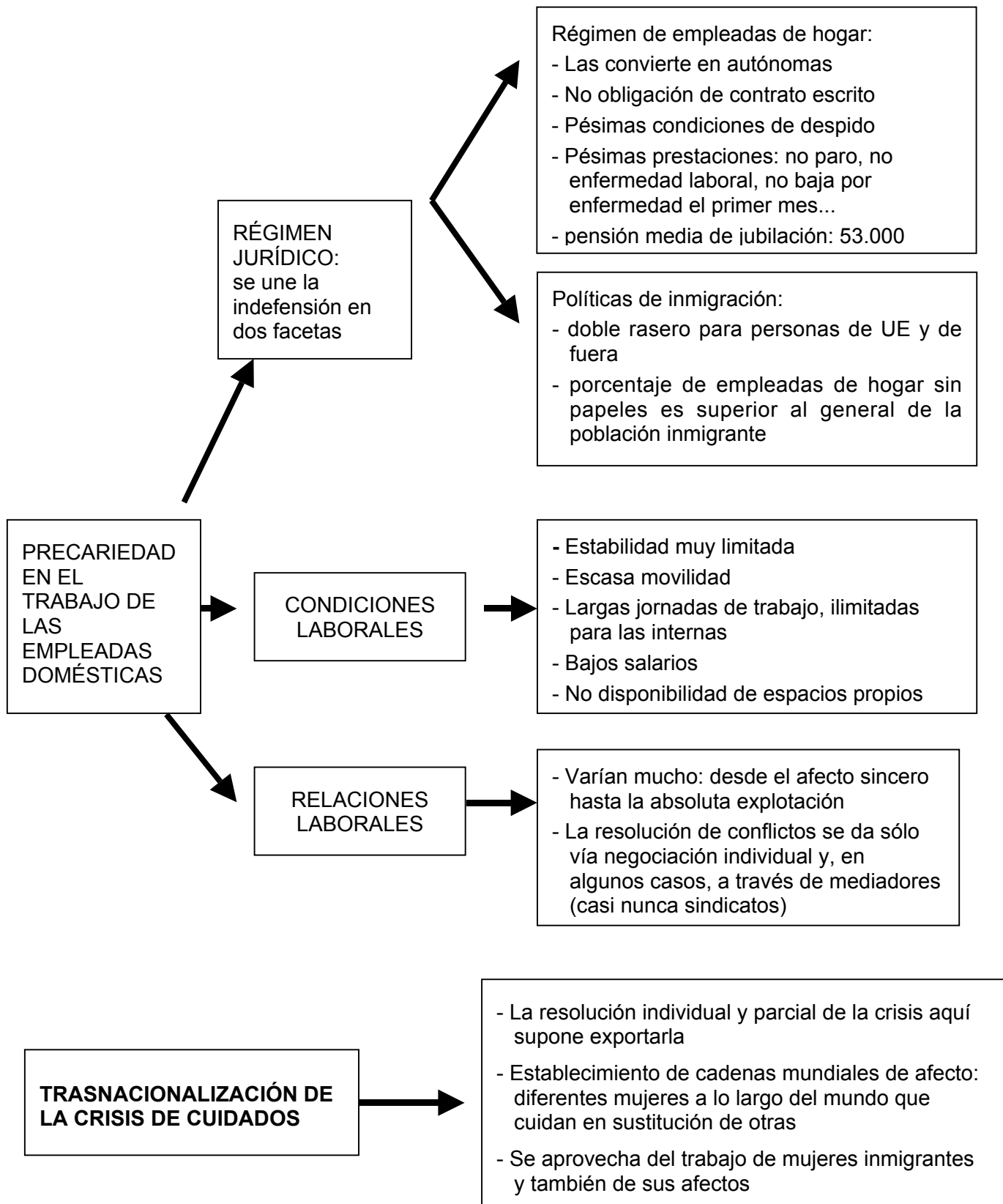
**MATERIALES DE FORMACIÓN - CGT**  
**Acción Social y Actualidad - Cuaderno N° 3, Noviembre 2004**

- Jornada de trabajo: En cada uno de los subsectores del servicio doméstico la jornada laboral de las inmigrantes es más larga incluso contando el trabajo hecho en el propio hogar, (en general, las autóctonas trabajan 28 horas semanales de media frente a las 46 de las inmigrantes; además dos tercios de las internas realizan una jornada laboral de 60 horas a la semana).
  - Salario: Los ingresos medios de todos los colectivos superan el valor del SMI, pero si comparamos con el número de horas trabajadas el panorama es muy distinto
  - Espacios: hay que enfatizar la no disponibilidad de espacios propios (la mayor "intimidad" la encuentran en la cocina), tema que se agrava enormemente para el caso de las internas.
- 
- **Relaciones laborales:** Varían desde un afecto sincero hasta prácticas que atentan contra la dignidad de la trabajadora. Las empleadas de hogar no sólo venden su fuerza de trabajo sino que otorgan a las/os empleadoras/es el poder de controlar su entera persona durante días completos, especialmente, las trabajadoras internas. En caso de conflicto las posibilidades de solución se reducen casi siempre a la negociación personal directa entre ambas partes
  - **La transnacionalización de la crisis de cuidados:** el servicio doméstico permite mitigar la eterna contradicción: da una solución individual al trabajo doméstico que no es asumido por los miembros de la unidad familiar ni tampoco por el sistema social en su conjunto y permite conciliar a muchas mujeres de los países del centro la vida familiar y laboral. El sistema de género no se ve cuestionado, sólo cambia la mujer sobre la que recaen las tareas menos agradables. Sin embargo, las mujeres inmigrantes que cuidan aquí, no pueden, a su vez, cuidar de sus propias familias o personas allegadas. Es decir, para que una parte (aunque mínima) de la crisis de cuidados de los países del centro pueda resolverse, esa crisis se extiende a los países de la periferia. Las personas dependientes que quedan en los países de origen son, a su vez, cuidadas por alguna otra mujer: madre, hermana, amiga, vecina, empleada... Se establece una cadena global de cuidados con mujeres en todos sus eslabones. Otro aspecto a destacar de estas cadenas globales del cuidado es la faceta afectiva. Podemos decir que, desde los países del centro, se está "importando" no sólo fuerza de trabajo, sino también capacidad afectiva. ¿Se está importando amor?

## MATERIALES DE FORMACIÓN - CGT

Acción Social y Actualidad - Cuaderno N° 3, Noviembre 2004

### PRECARIEDAD DE LAS EMPLEADAS DOMÉSTICAS Y TRANSNACIONALIZACIÓN DE LA CRISIS DE CUIDADOS



#### **5.4.4 Precariedad en el trabajo de cuidados extradoméstico**

Queda pendiente de posterior estudio. Puede adelantarse que la gran mayoría de los empleos, tanto en el sector público como en el privado, suelen tener unas condiciones laborales muy precarias.

#### **5.4.5 El derecho a cuidar en condiciones dignas**

Por tanto, si hay precariedad en el trabajo de cuidados (nos referiremos aquí al doméstico), cabe preguntarse qué derechos se están negando: ¿el derecho a cuidar en condiciones dignas o el derecho a no cuidar?

Aunque habría mucho que debatir sobre qué es eso de condiciones dignas, mencionemos unos pocos aspectos, desglosados para tres colectivos distintos:

- Mujeres autóctonas:
  - Más que de un derecho, puede hablarse de un deber, como ya se ha comentado. El límite entre derecho y deber (elección u obligación) está muy mediado por la clase social.
  - Aparece el mismo problema con la disponibilidad de tiempo que ya hemos señalado anteriormente. Aunque disponer de tiempo para cuidar a dependientes empieza a reconocerse formalmente como un derecho (ley de conciliación), su alcance es muy, muy limitado, por lo que no supone un derecho real a ese tiempo.
  - Las condiciones, como acabamos de ver, son de extrema precariedad. No existe un reconocimiento legal de estos trabajos que proteja, ni formal ni realmente, estos trabajos. Tampoco existe un acuerdo social que reemplace ese vacío. Con lo cual, las condiciones del trabajo de cuidados doméstico no remunerado quedan sujetas a factores como: la capacidad de negociación intra-familiar y los medios monetarios.
- Hombres autóctonos: En su caso, sí puede hablarse de un derecho a cuidar ya que, como hemos ido viendo, es más habitual que el cuidado sea una opción elegida. Con respecto al tiempo y las condiciones, cabe decir lo mismo que se ha comentado sobre las mujeres autóctonas.
- Mujeres inmigrantes: lo fundamental a destacar en este caso es la negación que se hace de su derecho a cuidar, sin entrar siquiera a debatir las condiciones. ¿Por qué esta negación? Por tener, en muchos casos, que verse geográficamente separadas de su entorno afectivo (emigración económica, leyes de extranjería muy restrictivas...). Alrededor de un 60% de las trabajadoras inmigrantes viven separadas de sus hijas/os. Sólo un tercio de las/os inmigrantes convive con familiares. Es el fenómeno que denominábamos transnacionalización de la crisis de cuidados. Otras veces, son las condiciones de empleo (muchas veces, por ser empleadas domésticas internas, con tan sólo una tarde libre a la semana) las que niegan ese derecho a cuidar.

#### **5.4.6 El derecho a no cuidar**

Es el derecho complementario al anterior. ¿Podemos negarnos a cuidar a personas que necesitan cuidados y que, a pesar de ello, esos cuidados se sigan garantizando?<sup>17</sup> Es una

---

<sup>17</sup> Mientras que la cuestión del grado de desmercantilización surge de la vivencia masculina (siendo su responsabilidad el trabajo asalariado, cabe preguntarse qué pasa si no la asumen, qué les pasa a ellos y a quienes dependen monetariamente de sus sueldos), la cuestión de la defamilización surge de las vivencias

**MATERIALES DE FORMACIÓN - CGT**  
**Acción Social y Actualidad - Cuaderno N° 3, Noviembre 2004**

pregunta complementaria a aquella de: ¿podemos abandonar el mercado de trabajo y que nuestro bienestar se siga garantizando? La respuesta indica el grado posible de “desmercantilización” y ha dado lugar a diferentes clasificaciones de los estados del bienestar.

Desde el feminismo, se hace la cuestión complementaria: ¿pueden las mujeres no cuidar y que el cuidado de las personas dependientes se siguiera garantizando? A esto se le ha denominado: grado de defamilización. Cabe decir que no existe un derecho a no cuidar. Por una parte, existen obligaciones legales (y hasta penales, como hemos visto). Las personas no tienen capacidad de elección, sino que tienen obligaciones que asumir.

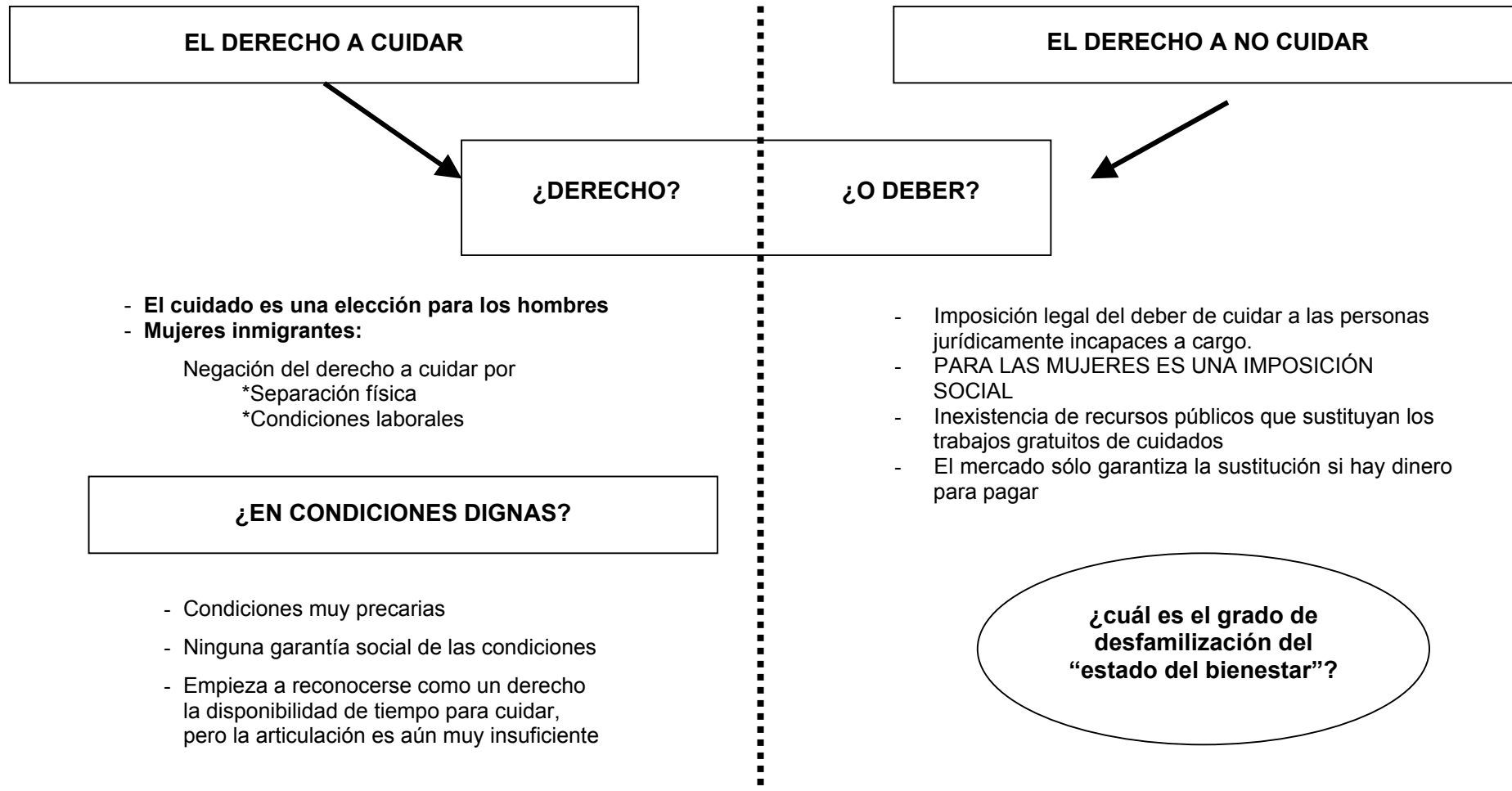
Por otra parte, cuando hay varias personas que podrían encargarse del cuidado de alguien dependiente (por ejemplo, un anciano con varias/os hijas/os) son, en gran medida, criterios de género los que establecen sobre quién recae preferentemente la responsabilidad.

Por último, cuando la familia no se encarga y la persona dependiente no tiene suficientes ingresos económicos, el cuidado por parte del estado sólo se garantiza para las personas sin capacidad jurídica. El resto, como se desprende de lo que hemos ido viendo en este texto, podríamos llegar a decir que quedan completamente al arbitrio de la caridad y beneficencia o a la suerte (milagro) de recibir algún tipo de ayuda pública.

---

femeninas (¿cuál es la posibilidad de las mujeres de desentenderse de la responsabilidad que les corresponde en la tradicional división sexual del trabajo?)

EL DERECHO A CUIDAR O NO CUIDAR





## **6 LOS CUIDADOS COMO UNA RESPONSABILIDAD SOCIAL**

Cómo hemos ido viendo a lo largo de este documento, la precariedad en los cuidados no sólo es un hecho, sino que plantea una grave situación que, además, pone de manifiesto algunos de los mecanismos básicos de la irracional e injusta organización social en la que vivimos. Sin embargo, y a pesar de que esta realidad es vivida por un enorme número de personas, no sólo no está generando una dura crítica social a este sistema, sino que se percibe como un asunto que pertenece al mundo de lo “privado” y no llega a interpretarse en clave colectiva.

En este escenario, la crisis de los cuidados no se convierte en desencadenante de una batalla para exigir un modelo de organización social que priorice las necesidades de las personas y que garantice el derecho a cuidarse, a cuidar de otras personas o a recibir cuidados, sino que, por el contrario, se está convirtiendo en un motor de generación de más precariedad. Si el modelo tradicional para garantizar los cuidados está en crisis, desde luego no sucede lo mismo con el sistema social en el que se ha desarrollado ni con las relaciones de poder que lo sustentaban. De este modo, los cambios (o resistencias al cambio) que la crisis de los cuidados está originando se mueven en las mismas coordenadas: el género, la clase y la etnia o país de origen, entre otros, son ejes de poder que determinan aquellos colectivos sociales que sufrirán en mayor medida esta forma de precariedad.

En el caso de la crisis de los cuidados, no sólo queda de manifiesto la subordinación de las necesidades humanas a las necesidades de los mercados, sino cómo el modelo tradicional para resolverlos se ha basado en la opresión de las mujeres y que esta opresión, además de garantizar la continuidad de la sociedad patriarcal, era esencial para el desarrollo de la sociedad de mercado y de su lógica. Una vez que este modelo entra en crisis, situación en la que nos hallamos en la actualidad, la ausencia de cambios estructurales hace que los cuidados sigan en manos de mujeres y que se precaricen progresivamente. En este nuevo escenario, cada día toma mayor carta de naturaleza la “familia transnacional”, por lo que aparece con renovada fuerza un tercer eje: la etnia y el país de origen o de residencia de las mujeres.

La lucha contra la precariedad en los cuidados debe necesariamente contener todos estos elementos, debe sacar a la luz esos complicados entramados de relaciones de poder. Ni la lucha contra la precariedad implica unos intereses únicos de esa supuestamente homogénea clase obrera, ni el tema de los cuidados puede identificarse como un conflicto de géneros en el que unas mismas políticas de conciliación “resolverán la papeleta” para todas las mujeres. Es necesario oponerse frontalmente a cualquier modelo para resolver esta necesidad social que se base en la opresión o explotación de ningún colectivo, aunque esto suponga cuestionar posiciones de privilegio que, en distintas dimensiones, podemos estar ocupando. Entender los cuidados como una responsabilidad del conjunto de la sociedad -de los hombres y de las mujeres, de todas las clases y etnias- y como un objetivo social prioritario, significaría llevar hasta sus últimas consecuencias el conflicto entre el mercado y los cuidados, haciéndolos pasar de un asunto “privado” a un problema político de primer orden. Por eso consideramos que esta lucha contra la precariedad en los cuidados debe constituirse en uno de los ejes centrales de la lucha contra la precariedad.

## **7 HACIA UN DERECHO UNIVERSAL DE CIUDADANÍA**

Como hemos comentado, partimos de la base de que la precariedad implica falta de derechos. Con esta ausencia, queremos resaltar la componente colectiva y estructural de situaciones de ausencia de recursos que se viven individualmente, por cada persona; queremos incidir en que las necesidades son sociales, aunque se vivan y se padezcan individualmente. Por eso, luchar contra la precariedad es luchar por derechos sociales; sociales en el sentido de que sean reconocidos, apropiados y gestionados socialmente, y no por un estado paternalista y controlador. En ese sentido, luchar contra la precariedad en los cuidados también es luchar por derechos sociales. ¿Significa eso luchar por una ampliación de los derechos de ciudadanía?

Creemos que la ciudadanía se ha construido históricamente sobre la invisibilidad de los cuidados y de sus protagonistas, sobre la invisibilidad de la esfera privada, así como sobre la dicotomía autosuficiencia / dependencia, organizada sobre el eje de los ingresos monetarios. Quien obtiene su propio salario es autónomo, ya que su necesidad de obtener cuidados está oculta. Por el contrario, la participación en los ingresos masculinos ha etiquetado históricamente como dependientes a las mujeres, sin reconocer sus aportaciones. La escisión de roles y espacios que corre pareja al reparto de los trabajos de cuidados está en la base de la construcción de la condición misma de ciudadanía. El modelo de ciudadano, sujeto de derechos políticos y económicos, es el sujeto autosuficiente que se mueve en la esfera de lo público –sea la política o los mercados. Es decir, sólo se reconocen derechos a quien protagoniza, material y simbólicamente, la esfera pública. La revolución francesa negó los derechos políticos a las mujeres, proceso que ha ido ligado a la negación de la ciudadanía económica por parte de los estados del bienestar. El sujeto masculino de mercado ha sido el único al que se le ha reconocido ciudadano. El resto, las cuidadoras, adquieren una ciudadanía económica secundaria o derivada, tanto si trabajan no remuneradamente como si lo hacen a cambio de un salario (ya hemos visto que las condiciones laborales son de extrema precariedad y la falta de derechos sumamente grave).

Es decir, la idea de ciudadanía, además de estar construida sobre la exclusión (de las personas de otras etnias, de otras nacionalidades, de otra identidad de género, etc.) y sobre la clara demarcación de fronteras que diferencian entre quien está dentro y quien está fuera; además, se erige sobre la invisibilidad de los cuidados y la carencia de derechos de las personas responsables de éstos. Por eso, luchar contra la precariedad en los cuidados nos lleva a replantearnos la idea misma de ciudadanía, a rechazar una figura inherentemente excluyente.

Así, proponemos un cambio: ¿por qué no dejar de hablar de la ampliación de derechos de ciudadanía para exigir un nuevo derecho universal de “cuidanía”? Cuidanía como una idea que englobe el derecho a cuidarnos y a que nos cuiden. El derecho a cuidar en condiciones dignas y, por supuesto, a no cuidar. El derecho al tiempo. Una idea que reconozca estos derechos en un marco de total libertad en el establecimiento de redes sociales y afectivas, respetando la diversidad sexual y de género. Porque hablar de cuidados es hablar de las redes sociales que establecemos, de los modelos clásicos y opresores de familia y de amor excluyente y de qué alternativas planteamos, creamos y damos cabida socialmente. Hablar de ciudadanía es poner la vida en el centro de la organización socio-económica, destronando a la hoy dominante lógica del beneficio y haciendo responsable del mantenimiento de la vida al conjunto social. Y, para ello, es indispensable la redistribución de la riqueza y de todos los trabajos, los remunerados y los no pagados. Poner la vida en el centro es afirmar nuestra íntima relación con el medio

**MATERIALES DE FORMACIÓN - CGT**  
**Acción Social y Actualidad - Cuaderno N° 3, Noviembre 2004**

ambiente y la necesidad de acabar con la idea de que la civilización es la dominación progresiva de la naturaleza. La ciudadanía no puede excluir, porque toda persona ha de ser, o de poder ser, parte de una red amplia y horizontal de cuidados; o de múltiples redes colectivas y autogestionadas. La ciudadanía es universal. **Ciudadanía como lucha contra las relaciones de poder y dominación, una apuesta por el cuidado mutuo no jerárquico.**

En resumen, ciudadanía como una propuesta que va más allá de la exigencia del reconocimiento, puesta en marcha y autogestión de derechos sociales (a cuidar y cuidarnos, a no cuidar, a ser cuidadas/os, a tener tiempo para todo ello), aunque los incluye. Ciudadanía como una nueva forma de reconocernos como sujetos de una sociedad no jerárquica que apueste por poner la vida en el centro y que acabe con la lógica de acumulación que hoy domina.

noviembre 2004