

# LA DIMENSIÓN TERRITORIAL DE LOS SERVICIOS SOCIALES DEL CUIDADO

## Contenido

1.	ANTECEDENTES .....	2
2.	SERVICIOS SOCIALES LOCALES DEL CUIDADO .....	2
3.	PRIVATIZACIÓN FRENTE A REMUNICIPALIZACIÓN EN LOS SERVICIOS SOCIALES DEL CUIDADO .....	4
4.	DERECHOS LABORALES Y CONDICIONES DE TRABAJO DE LXS TRABAJADORXS SOCIALES DEL CUIDADO .....	6
5.	LAS MUJERES, LOS SERVICIOS SOCIALES DEL CUIDADO Y LA CIUDAD .....	8
6.	EL FUTURO DE LOS SERVICIOS SOCIALES LOCALES DEL CUIDADO .....	10
7.	CONCLUSIONES .....	11

## 1. Antecedentes

Los servicios sociales del cuidado proporcionan un apoyo vital a las personas, los hogares y las comunidades locales, garantizando la salud, la educación, el bienestar, la dignidad y la inclusión socioeconómica de las personas más vulnerables en nuestra sociedad. Los servicios sociales del cuidado se encuentran entre las formas más complejas y diversificadas de los servicios públicos, y van desde el cuidado y la atención a niñas, personas mayores y personas discapacitadas hasta la asistencia domiciliaria; desde la atención en el hogar propio las 24 horas del día hasta las residencias de larga duración; desde el apoyo a los ingresos hasta los servicios de vivienda pública y social. Su prestación, financiación y organización reflejan las diferentes trayectorias de desarrollo económico de cada país, los marcos institucionales y jurídicos, las opciones sociales/éticas, así como las expectativas culturales. En los países en vías de desarrollo -y también en algunas economías desarrolladas- el empleo en los servicios sociales del cuidado es mayoritariamente informal, poco remunerado y muy feminizado. En algunos casos, proviene de una tradición religiosa/caritativa más que de una prestación basada en los derechos humanos, enfoque según el cual se han configurado su organización social y las formas de prestar dichos servicios.

Ya sean públicos, privados o del sector "sin ánimo de lucro" (por ejemplo, cooperativas, organizaciones comunitarias, trabajadoras "voluntarias", etc.), los servicios sociales del cuidado suelen ser prestados, financiados/subvencionados y regulados por los gobiernos locales y regionales (GLR) dentro de los marcos políticos nacionales. En las últimas décadas, los operadores privados y los inversores de capital han entrado en el ámbito de la prestación de servicios sociales del cuidado, un sector que satisface necesidades vitales relacionadas con el cuidado y cuya demanda crece a nivel mundial. La pandemia de Covid-19 ha desvelado y magnificado las deficiencias, la desigualdad y la explotación que afectan tanto a las usuarias como a las trabajadoras cuando los sistemas de servicios sociales del cuidado se gestionan con ánimo de lucro y se basan en supuestos patriarcales y de segregación de género. Dado que satisfacen varias necesidades colectivas entrelazadas y aportan un valor socioeconómico a los hogares, las comunidades, las sociedades y las economías, todas las formas de servicios sociales del cuidado deben ser reconocidas como servicios públicos de pleno derecho y estar adecuadamente financiadas y debidamente reguladas para garantizar un acceso equitativo a servicios de calidad para las usuarias y condiciones decentes para las trabajadoras, ya sean formales o informales; prestados a través de proveedores públicos, privados o comunitarios.

## 2. Servicios sociales locales del cuidado

Como instituciones públicas de primera línea que tienen que responder a las necesidades inmediatas de las residentes en sus jurisdicciones, los GLR proporcionan, financian, organizan, coordinan y, hasta cierto punto, regulan directa o indirectamente múltiples formas de prestación de servicios sociales del cuidado en sus territorios. Éstos pueden adoptar diversas formas y organizarse para trabajar de forma coordinada entre sí; o integrarse en equipos híbridos para cumplir múltiples objetivos sociales, entre los que se encuentran asegurar un trato equitativo y la cohesión social; garantizar los derechos humanos y constitucionales básicos a toda la ciudadanía; y atender a las personas más vulnerables. Dependiendo de los acuerdos nacionales, regionales y municipales específicos, los servicios sociales del cuidado pueden incluir una amplia gama de servicios que incluyen

- **Cuidado a la infancia** (es decir, guarderías, jardines de infancia, generalmente niñas de 0 a 6 años, necesidades especiales y apoyo escolar, etc.)
- **Cuidado a personas mayores y discapacitadas** (es decir, residencias de larga duración, hogares comunitarios e intergeneracionales, servicios de atención domiciliaria y de enfermería las 24 horas del día, etc.)
- **Atención domiciliaria, ayuda doméstica, transporte y servicios de ocio** (por ejemplo, servicio de comidas, entregas a domicilio; asistencia administrativa en el hogar; ayuda para hacer recados/comercios y transporte; concertar/acudir a citas médicas; realizar tareas domésticas; proporcionar compañía, ocio y socialización a personas aisladas/no autosuficientes; etc.)
- **Servicios de salud /enfermería a domicilio**

- **Cuidado a lxs adultxs** (es decir, garantizar y promover la autosuficiencia y la integración socioeconómica de las personas en situación de desempleo de larga duración, sin hogar, con enfermedades o discapacidades mentales o físicas, etc.)
- **Servicios sociales** (por ejemplo, apoyo y orientación en el hogar a lxs nuevxs progenitorxs; a los/las padres/madres y jóvenes en situaciones difíciles; derivación a servicios de educación/rehabilitación específicos; acogida e integración de inmigrantes y refugiadxs; apoyo a los ingresos/endeudamiento; centros de acogida para víctimas de la violencia doméstica o de los abusos; centros de consumo supervisado de drogas; etc.)
- **Viviendas públicas y sociales**
- **Servicios de empleo**

Suelen canalizarse a través de unidades de servicios de salud, asistenciales, educativos, sociales y de empleo y/o a través de consorcios de servicios integrados.

A lo largo de los últimos cincuenta años, la descentralización ha transferido a los GLR gran parte de las competencias en materia de servicios sociales del cuidado sin transferir los recursos financieros y las competencias necesarias para financiar y dotar de personal adecuadamente sus infraestructuras físicas y sociales. Por lo tanto, los déficits de financiación de los GLR y los mandatos no financiados han contribuido de forma decisiva a la "mercantilización" e "individualización" de las distintas formas de prestación y acceso a estos servicios, facilitando la entrada de operadores privados con ánimo de lucro, inversores de capital y capital privado. Este planteamiento ha ido acompañado de un cambio de un enfoque colectivo y comunitario de la prestación de servicios sociales del cuidado a otro "basado en el/la consumidor/a", cuyo argumento es la "elección individual" de lxs usuarixs entre los proveedores del sector que compiten entre sí.

Esto ha ocurrido junto con la aprobación de reformas legislativas nacionales que han favorecido la externalización y privatización de los servicios sociales del cuidado a través de medidas como la licitación obligatoria de los servicios de GLR; las reformas fiscales regresivas; y las subvenciones públicas concedidas a lxs usuarixs individuales de los servicios en forma de subsidios/vales de ayuda social para pagar a los proveedores de servicios sociales públicos o privados por igual. Hoy en día, incluso los gobiernos, los proveedores públicos y las instituciones internacionales han adoptado comúnmente la expresión "economía del cuidado" o "industria del cuidado" para referirse a una gran parte del sector, adoptando así una concepción mercantilizada de estos servicios públicos vitales.

#### **Cuadro 1 - Desigualdades territoriales en los servicios sociales del cuidado en Europa**

En Europa, la descentralización con mandatos no financiados y leyes favorables a la privatización se ha producido especialmente en **Suecia**, en los **Países Bajos** y en **Dinamarca**. En el **Reino Unido**, aunque existe un Servicio Nacional de Salud (NHS), la atención a las personas mayores y otros servicios sociales vitales son responsabilidad de los ayuntamientos. En 1991, el Reino Unido introdujo una norma de mercado interior para la administración local que obligaba a los ayuntamientos británicos a externalizar el 85% de sus servicios sociales. En 2018, **Austria** suprimió la contribución fiscal del patrimonio privado a la atención residencial y el coste se transfirió a las autoridades regionales. En **Suecia**, la Ley de Administración Local de 1991 facilitó la externalización de los servicios municipales sociales de cuidado a las personas mayores a organizaciones con y sin ánimo de lucro. Más tarde, en 2009, la ley sueca de "sistemas de libre elección" utilizó incentivos para obligar a los municipios a introducir modelos de "elección del/a consumidor/a" en los servicios municipales de cuidado a las personas mayores. La consecuencia ha sido que los servicios de cuidado a las personas mayores con ánimo de lucro en Suecia se concentran ahora en las zonas urbanas más prósperas, como la capital, Estocolmo, mientras que las zonas rurales siguen siendo atendidas en gran medida por proveedores públicos, lo que refleja el interés de los operadores de servicios asistenciales con ánimo de lucro por prestar servicios a las zonas económicamente más prósperas del país, provocando una desigualdad territorial de dichos servicios. De hecho, según EUROSTAT (2020), el 69% de las camas en residencias de personas mayores se concentran ahora en el sur de Suecia, donde las empresas con ánimo de lucro son más activas. Asimismo, en **Alemania** el 57% de las camas de residencias de ancianos se concentran en los cuatro estados más grandes o más prósperos, y en **Italia** el 57% se encuentran en las tres regiones más grandes y más prósperas del norte. Las disparidades regionales son especialmente acusadas en **Croacia** y **Lituania**. El sector lucrativo tiene una responsabilidad en esta desigual distribución regional de los servicios sociales del cuidado. La multinacional francesa ORPEA se ha centrado en las regiones ricas de **Francia**, sobre todo en Île-de-France (París), Provenza-Alpes-Costa Azul (costa mediterránea), Aquitania y Poitou-Charentes. En **Bélgica**, la mayoría de las clínicas ORPEA se encuentran en las zonas más ricas de Bruselas y Flandes. En **España**, el 70% de las clínicas ORPEA están en la capital, Madrid.

Fuente: Lethbridge, J., *Privatising our Future: an overview of privatisation, marketisation and commercialisation of social services in Europe*, EPSU, Junio 2021, pp. 4-5 y p. 10.

### 3. Privatización frente a remunicipalización en los servicios sociales del cuidado

La pandemia del Covid-19 ha puesto de manifiesto los defectos del enfoque neoliberal y lucrativo de la prestación de servicios del cuidado y su injusto modelo basado, por un lado, en la explotación de la mano de obra barata - que en su inmensa mayoría procede de una fuerza de trabajo femenina vulnerable- y, por otro, en la mala calidad y las desigualdades en la prestación de servicios entre usuarixs y territorios.

La infrafinanciación, la escasa regulación, la falta de rendición de cuentas, la contratación competitiva obligatoria de los servicios del cuidado, la privatización, la evasión fiscal, las condiciones laborales precarias y de explotación, así como las campañas de desprestigio de los sindicatos por parte de las multinacionales del cuidado<sup>1</sup> han socavado la calidad de los servicios sociales del cuidado y el acceso a los mismos, lo que ha contribuido a que se produzcan muertes evitables entre lxs usuarixs y el personal de los servicios de cuidado. Muchos miles de trabajadorxs y usuarixs de los servicios sociales del cuidado han enfermado y han muerto, especialmente en los centros de asistencia de larga duración privatizados. Teniendo en cuenta que la mayor parte de la financiación de los servicios sociales privados del cuidado proceden de recursos públicos, un sistema de servicios sociales del cuidado que dependen de las subvenciones públicas para apoyar a los proveedores con ánimo de lucro parece aún más injusto e insostenible.

#### Recuadro 2 - El fracaso de los servicios sociales del cuidado con fines de lucro

##### **Australia: fondos públicos para beneficios familiares privados**

Las seis mayores empresas familiares de asistencia a la tercera edad de Australia constituyen una parte importante y creciente del sector del cuidado a la tercera edad y merecen un mayor escrutinio. Estas seis empresas recibieron más de 711 millones de dólares de financiación federal anual para gestionar 130 centros, con casi 12.000 camas. Varias de las mayores empresas familiares de cuidado a la tercera edad, propiedad de algunas de las familias más ricas de Australia, tienen complejas estructuras corporativas, entrelazadas con fideicomisos, que parecen diseñadas específicamente para evitar impuestos. A pesar de recibir una media de casi 60.000 dólares al año por residente, la información pública disponible sobre estas empresas es muy limitada. Estas empresas familiares de cuidado a la tercera edad ponen de manifiesto la falta de transparencia y responsabilidad sobre la financiación pública en el sector y ofrecen claros ejemplos de por qué se necesitan reformas sencillas para restablecer la integridad pública tanto en el sector de los servicios sociales del cuidado a la tercera edad como en el sistema fiscal en general. Aunque no hay duda de que el sector de los servicios sociales del cuidado a la tercera edad necesitará un aumento de la financiación pública, tampoco hay duda de que estas familias han obtenido considerables beneficios de un sector financiado con fondos públicos.

Fuente: Ward, J., *All in the Family. Tax and financial practices of Australia's Family-owned aged Carecompanies*, CICTAR 2019

##### **Dinamarca: Urge una mejor regulación de las empresas privadas en los servicios sociales**

En Dinamarca se ha producido un amplio debate sobre el papel de las empresas privadas con ánimo de lucro como proveedoras de servicios sociales (por ejemplo, proporcionando alojamiento a niñxs y adultxs con problemas físicos o mentales). FOA, afiliada a la ISP, ha sacado a la luz varios ejemplos de empresas privadas del cuidado que prestan servicios de mala calidad mientras los propietarios obtienen grandes beneficios en efectivo. Un ejemplo es la gran ganancia que supuso la venta en 2017 de la institución privada Søbækskolerne por 18 millones de euros (incluida una bonificación especial) a la multinacional Olivia A/S. La institución presta servicios a jóvenes con necesidades especiales, tanto de formación educativa como de alojamiento. Sin embargo, la venta no ha transferido los activos físicos, sino sólo las obligaciones de prestar el servicio. Esto permite al anterior propietario seguir obteniendo grandes ingresos mediante el alquiler de los edificios al nuevo proveedor.

Fuente: Enghausen, T., '*Problems without benefits? The Danish experience with outsourcing and remunicipalisation*', *El futuro es público*, TNI, 2019, p. 71

##### **El sombrío récord de muertes de Covid-19 en las residencias de larga duración de Canadá**

Canadá tiene el peor historial de muertes por Covid-19 en residencias de larga duración entre las naciones ricas: la proporción de muertes en residencias de la tercera edad representó el 69% del total de muertes por Covid-19 en

<sup>1</sup> Floriek, K., Global report on the effects of privatisation in long-term care services, PSI, borrador inédito, octubre de 2021.

Canadá, muy por encima de la media internacional del 41%.<sup>2</sup> Estas muertes se han producido en su inmensa mayoría en centros de cuidados de larga duración de propiedad privada y con ánimo de lucro (el 54% de todos los centros), en los que hay pruebas abrumadoras de que la calidad de los cuidados es inferior en los centros de propiedad privada, como la falta de formación y el mal trato a lxs trabajadorxs, unas instalaciones deficientes y envejecidas, el hacinamiento y la escasa capacidad de control de infecciones.<sup>3</sup> A su vez, Revera, el segundo mayor operador de residencias privadas de Canadá, parece llevar a cabo prácticas agresivas de evasión fiscal.<sup>4</sup>

Fuente: Cibrario, D., Wegmann, V., *Access to quality local public services for all: a precondition to beat inequality, GOLD VI Working Paper Serie #2, PSI-PSIRU, UCLG-KNOW, Noviembre 2021 (próxima publicación)*

### **OCDE: subvenciones públicas a los beneficios de los servicios sociales del cuidado privados**

Aunque la combinación de financiación pública y privada varía considerablemente de un país a otro, la financiación pública del cuidado es una condición previa importante para sostener los sistemas modernos de servicios sociales del cuidado de larga duración. La externalización de la prestación -en la que la financiación pública es movilizadora por el Estado y distribuida a los proveedores de servicios en lugar de ser realizada directamente por el Estado- es la característica dominante de este modelo. El análisis de los datos de la OCDE realizado por Investigate Europe muestra que cada año se destinan 218.000 millones de euros de fondos estatales a los operadores de residencias de la tercera edad, a los que se suman otros 65.000 millones de euros pagados por lxs residentes y sus familias. Sin embargo, es muy probable que esta segunda cifra sea una subestimación sustancial, ya que sólo recoge los datos de algunos países y excluye los cuidados informales y los diversos costes asociados que soportan lxs beneficiarix de dichos cuidados y sus familias.

Fuente: Floriek, K., *Informe global sobre los efectos de la privatización en los servicios de cuidados de larga duración, ISP, borrador inédito, octubre de 2021, p.3*

### **Otra forma de privatización de los servicios sociales: el crecimiento del "filantrocapitalismo"**

El crecimiento del llamado sector "filantrocapitalista" ha tenido un gran impacto en la prestación de asistencia social de la salud y el cuidado a nivel mundial en el siglo XXI. En conjunto, las "fundaciones" filantrocapitalistas gastan hasta 10.000 millones de dólares al año. La mayor parte de estos fondos se desfinancian. Hay más de 200.000 de ellas, unas 80.000 en Estados Unidos y Europa. También están creciendo en el sur global, con 10.000 en México, 2.000 en China y 1.000 en Brasil. La mayoría de estas fundaciones se dedican a la atención sanitaria y social y/o a la lucha contra la pobreza en general. Las ONG mundiales y los organismos internacionales como la OMS, la ONU, UNICEF y otros han colaborado sistemáticamente con los conglomerados de la industria de la salud para promover esta agenda impulsada por las APP. La dependencia de los servicios filantrópicos y "voluntarios" sin ánimo de lucro para prestar servicios públicos vitales como la sanidad y el cuidado social es cuestionable desde el punto de vista de los derechos humanos, ya que ha facilitado la privatización y la explotación de lxs trabajadorxs y podría decirse que impide el establecimiento de servicios sociales públicos modernos y formales del cuidado y de la salud equitativamente accesibles para todxs.

Fuente: Dr. Humber, L., *Health and Social Care Workers and the Crisis of Capitalism, PSI, septiembre de 2020, p. 12*

El evidente fracaso de los servicios sociales del cuidado y de la salud privados, unido a la indignación pública provocada por las insoportables imágenes de pacientes en hospitales desbordados y de trabajadorxs de la salud y de los servicios sociales agotados, junto con la injusticia intrínseca de género, social y racial en torno a la cual se estructura actualmente este servicio vital, ha alentado las demandas sociales para que los servicios sociales del cuidado vuelvan a estar en manos públicas. Lxs trabajadorxs y sus sindicatos han desempeñado y siguen desempeñando un papel fundamental en la concienciación sobre el valor socioeconómico de los servicios sociales del cuidado y su reconocimiento como servicio público por derecho propio.

### **Recuadro 3 – Internalizar de nuevo los servicios sociales del cuidado**

#### **Dinamarca: contratación interna de servicios del cuidado para evitar más quiebras**

Desde 2013, Dinamarca ha experimentado 54 quiebras en servicios de cuidado a personas mayores, que han afectado a más de 13.000 ciudadanxs y a bastante más de 2.000 empleadxs. Desde 2003, los ayuntamientos están obligados por ley a ofrecer opciones alternativas de servicios municipales de asistencia a domicilio para las personas mayores (lo que se conoce como "libre elección"). El grado de externalización varía de un municipio a otro porque depende del número de ciudadanxs que

<sup>2</sup> Ireton, J., "Canada's nursing homes have worst record for COVID-19 deaths among wealthy nations: report", 30 de marzo de 2021 <https://www.cbc.ca/news/canada/ottawa/canada-record-covid-19-deaths-wealthy-countries-cihi-1.5968749>

<sup>3</sup> Webster, P., "COVID-19 highlights Canada's care home crisis", The Lancet, 16 de enero de 2021, [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(21\)00083-0/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(21)00083-0/fulltext)

<sup>4</sup> CICTAR, Tax Dodging by a Canadian Crown Corporation; Revera Living Making a Killing, enero de 2021 [https://cictar.org/wp-content/uploads/2021/01/Revera\\_Report\\_7-1.pdf](https://cictar.org/wp-content/uploads/2021/01/Revera_Report_7-1.pdf)

optan por proveedores privados. Esto se debe a un cambio legislativo de 2013, que animó a los municipios a dar a las personas mayores "libre elección" entre los operadores de atención domiciliaria privados y públicos a través de una licitación. Pero como efecto secundario, la legislación ha multiplicado las quiebras de proveedores privados de servicios sociales del cuidado. Desde que comenzó la oleada de quiebras, muchos municipios han vuelto al "viejo" modelo público, en el que el ayuntamiento es el principal proveedor de atención a las personas mayores, y en el que se compite en términos de calidad, no de precio.

Fuente: Enghausen, T., '[¿Problems without benefits? The Danish experience with outsourcing and remunicipalisation](#)', *El futuro es público*, TNI, 2019

#### **Canadá: Saskatchewan realiza una importante inversión pública en cuidados de larga duración tras la pandemia de Covid19**

Canadá registró el peor resultado de muertes por Covid-19 en los servicios de cuidado a la tercera edad de todo el mundo. Cuatro de cada cinco muertes han sido de residentes o del personal de una residencia de larga duración, en gran parte gestionada por empresas privadas, algunas de las cuales se dedican [activamente a la evasión fiscal, como Revera](#). En 2020, el Sindicato Canadiense de Empleados Públicos (CUPE) lanzó la [campaña nacional "Fix LongTerm Care"](#) para eliminar los beneficios de los cuidados de larga duración a personas mayores, exigiendo al Gobierno canadiense que se haga cargo de las residencias de personas mayores de larga duración e invierta en ellas y que establezca un estándar nacional de calidad del servicio y unas condiciones de trabajo seguras y decentes para el personal en todas las provincias canadienses. La campaña contribuyó a que en 2021 el Gobierno de Saskatchewan decidiera invertir 80 millones de dólares canadienses en cuidados de larga duración, empezando por municipalizar dos centros mediante una importante inversión pública; planificar 82 proyectos de renovación; y 13 nuevas residencias de la tercera edad públicas en zonas rurales y remotas de la provincia.<sup>5</sup>

A pesar de las pruebas contundentes de que la gestión de los servicios sociales del cuidado con ánimo de lucro no es el camino que seguir, algunos GLR con escasez de efectivo que se enfrentan a los extraordinarios déficits de ingresos posteriores a la crisis del Covid-19 y los gobiernos favorables a la austeridad están tratando de impulsar las privatizaciones de los servicios sociales del cuidado. Este es el caso de Flandes (Bélgica), donde la afiliada de la ISP [CGSP-ALR está luchando contra los planes del gobierno flamenco de privatizar](#) el sector público de los servicios sociales del cuidado. La ISP y sus aliadas también han puesto en marcha una [campaña internacional para "Reconstruir la organización social del cuidado"](#), articulada en torno a cinco peticiones clave, entre las cuales la de "Reivindicar" el carácter público de los servicios del cuidado es un componente fundamental.

## **4. Derechos laborales y condiciones de trabajo de lxs trabajadorxs sociales del cuidado**

Los servicios sociales del cuidado son intensivos en mano de obra, ya que se trata de prestar servicios que implican principalmente formas de interacción humana, personalizada y cara a cara (por ejemplo, con niñxs, personas mayores, personas con discapacidad y personas vulnerables, etc.). La calidad de las relaciones interpersonales, la atención, el tiempo y la empatía que se dedican a los servicios sociales del cuidado suelen marcar la diferencia en la calidad del servicio y en la vida de lxs usuarixs.

Sin embargo, estos servicios también pueden ser intensivos en capital cuando requieren infraestructuras físicas, como guarderías, residencias de larga duración, residencias comunitarias y viviendas públicas/sociales o equipos específicos (por ejemplo, dispositivos médicos, sillas de ruedas, vehículos, etc.). La inversión en infraestructuras para servicios sociales de cuidado que requieren una gran inversión es una oportunidad adicional de beneficio para las empresas, el capital privado y los inversores inmobiliarios, ya que invierten y luego arriendan las instalaciones y los equipos relacionados con los servicios a precios mucho más altos, tanto para los proveedores como para lxs usuarixs de GLR.

La intensidad de mano de obra y de capital de los servicios sociales de cuidado formales, unida a los déficits de financiación de los GLR, a las décadas de recortes de austeridad y a la desfinanciación de los servicios públicos locales, así como al aumento global de la demanda de servicios <sup>6</sup>sociales del cuidado (por ejemplo debido al crecimiento demográfico, la mayor esperanza de vida, el aumento de la incidencia de las enfermedades degenerativas, el incremento de las desigualdades socioeconómicas, el paso de los hogares

<sup>5</sup> Cibrario, D., Contribución especial 1.4: "[Challenging decades of privatization and de-funding of public services](#)", Spotlight on Sustainable Development 2021

<sup>6</sup> En 2015, había 2.100 millones de personas que necesitaban cuidados. Para 2030 se prevé que 2.300 millones la necesitarán. Dr. Humber, L., [Health and Social Care Workers and the Crisis of Neoliberalism](#), PSI, septiembre de 2020 p.26

extensos a los nucleares, el acceso de las mujeres al mercado laboral, etc.) se ha traducido en una retirada progresiva de los proveedores públicos de servicios sociales de cuidado y en la entrada de operadores con ánimo de lucro, inversores privados y proveedores comunitarios/"sin ánimo de lucro". Esta transformación ha tenido un gran impacto en el empleo y las condiciones de trabajo de las profesiones del sector.

Como los servicios sociales del cuidado no pueden ser en esencia digitalizados, la reducción de los costes laborales es la principal partida con la que los operadores privados aumentan sus beneficios y pagan los dividendos a los accionistas. El resultado es un personal del cuidado mal pagado, en su inmensa mayoría mujeres inmigrantes, con empleos precarios, con un acceso limitado o nulo a la cobertura de la negociación colectiva y a los derechos sindicales, y con escasa formación profesional en las diferentes profesiones de los servicios sociales del cuidado.

Como demuestra el abrumador número de muertes que se producen en los centros privatizados de cuidado a la tercera edad, la seguridad y la salud en el trabajo (SST) es un problema importante. La reducción de los costes laborales se traduce directamente en una menor proporción de trabajadorxs por paciente/usuarix y en el seguimiento y control en tiempo real del horario del personal mediante herramientas digitales, de modo que se maximicen las citas de lxs cuidadorxs y se minimice el tiempo "no rentable", incluido el tiempo esencial necesario para socializar e interactuar humanamente con lxs usarixs y pacientes. La violencia de manos de terceros también es un problema importante (por ejemplo, usarixs drogodependientes), especialmente cuando los equipos de trabajadorxs se reducen al mínimo.

El resultado es un alto nivel de agotamiento y de desgaste laboral entre lxs trabajadorxs, accidentes in itinere entre citas, problemas psicosociales relacionados con la falta de control sobre los propios tiempos y tareas, y una despersonalización y deshumanización de la relación asistencial que es la esencia de la calidad de los servicios sociales del cuidado y de la ética y profesionalidad de lxs trabajadorxs. En los casos en que los proveedores privados prestan estos servicios -incluidos algunos proveedores "sin ánimo de lucro"- se observa una alta incidencia de "contratos de cero horas" y de empleo precario.

Además, en los casos en los que existían convenios colectivos para el sector, la privatización y la subcontratación han contribuido sustancialmente a fragmentar la cobertura de los contratos colectivos públicos/privados y sin ánimo de lucro, y la negociación colectiva desciende al ámbito individual del lugar de trabajo, lo que socava el poder de coordinación de los convenios colectivos. Como resultado, las condiciones y la remuneración son a menudo peores en la prestación de servicios sociales del cuidado con fines de lucro y en la no lucrativa/comunitaria. Esta situación ha contribuido a alejar a muchxs trabajadorxs de las profesiones de servicios sociales del cuidado en el momento en que más se necesitan. Sólo en los 27 países de la UE, más de 421.000 trabajadorxs de atención residencial han abandonado el sector.<sup>7</sup>

#### **Recuadro 4: Retos laborales en el sector de los servicios sociales del cuidado**

##### **Fragmentación de los empleadores en los servicios sociales del cuidado de la UE**

El sector de los cuidados tiende a estar fragmentado y a depender de una multitud de actores. Aunque algunos servicios de cuidado siguen siendo prestados por familiares (en su inmensa mayoría mujeres), la mayor parte de estos servicios a las personas mayores ha pasado a manos del Estado de bienestar. (...)

Dentro de un mismo país, e incluso de una misma localidad, los servicios sociales del cuidado a las personas mayores pueden ser prestados por entidades del sector público, así como por organizaciones privadas sin ánimo de lucro (como las organizaciones benéficas religiosas), pequeñas empresas privadas con ánimo de lucro y otras más grandes, empresas multinacionales del cuidado. Algunas de estas últimas están dirigidas por empresas de capital riesgo o fondos de capital privado. Un ejemplo de un sector enormemente fragmentado y dispar es el sistema asistencial inglés, con 18.500 empleadores en casi 40.000 establecimientos. Sólo cinco proveedores representan casi una quinta parte del sector, tres de los cuales son de capital privado financiado.

Fuente: *Pelling, L., On the Corona frontline. The Experiences of Care Workers in Nine European Countries - Summary Report, Kommunal, Arenaidé, FES, 2021, p.5*

##### **Reino Unido: uso de los requisitos de la contratación pública para garantizar unas condiciones laborales dignas en los servicios sociales del cuidado**

<sup>7</sup> Florek, K., [Resilience of the long-term care sector. Early Key Lessons learned from the Covid-19 pandemic](#), FSESP, octubre de 2021

Con el telón de fondo de los abusos y la explotación de lxs trabajadorxs de los servicios sociales del cuidado por parte de proveedores privados y "sin ánimo de lucro" a los que los ayuntamientos del Reino Unido han tenido que subcontratar los servicios sociales del cuidado, el sindicato de los servicios públicos del Reino Unido UNISON lleva desde 2012 animando a los ayuntamientos a que firmen la [UNISON's ethical care charter](#). La Carta trata de establecer una base mínima para la seguridad, la calidad y la dignidad de los servicios de cuidado y sus trabajadorxs, garantizando unas condiciones de empleo que no perjudiquen sistemáticamente a lxs usuarixs y asegurando la contratación y la retención de una mano de obra más estable a través de unos niveles salariales, de condiciones y de formación más sostenibles. El compromiso con la Carta implica pagar [el salario digno de la Living Wage Foundation](#), renunciar al uso de contratos de cero horas, aceptar que el tiempo de desplazamiento es tiempo de trabajo remunerado y que el tiempo de atención asignado a cada usuarixs se ajusta a sus necesidades reales, no a la planificación del proveedor. Los ayuntamientos que se adhieren a la Carta se publican regularmente en el sitio web de UNISON. Sin embargo, el [control de los ayuntamientos sobre el cumplimiento de los requisitos de la Carta por parte de sus proveedores](#) ha resultado difícil.

Fuente: UNISON, [UNISON urges councils to ensure care staff are properly paid](#), 9 de noviembre de 2021

## 5. Las mujeres, los servicios sociales del cuidado y la ciudad

En aquellas economías en las que las mujeres se han incorporado cada vez más a la mano de obra remunerada y se ha producido un cambio de las formas tradicionales de familias extensas a los hogares unipersonales, ha aumentado la demanda de servicios sociales de cuidado formalizados. No obstante, la organización social histórica de los cuidados perpetúa la infravaloración del trabajo y la explotación de la mano de obra, predominantemente femenina y a menudo migrante. Las mujeres están representadas de forma abrumadora en los servicios de cuidado, tanto en los países en vías de desarrollo como en los desarrollados. Suelen estar racializadas, poco cualificadas y en situaciones de múltiple vulnerabilidad, incluidas las condiciones de trabajo precarias y los bajos salarios.

Son ellas las que han tenido que soportar la mayor parte de la carga humana, social y económica de la pandemia, tanto en el hogar como en el lugar de trabajo, y esto por una miseria o de forma gratuita, una explotación masiva de facto que aún continúa. En muchos países, el sector formal de los servicios sociales del cuidado y las instituciones públicas dependen en su gran mayoría de la mano de obra barata que proporcionan las mujeres que ejercen profesiones de cuidado en el hogar o que prestan servicios a la comunidad.

### Recuadro 5 - La explotación de las mujeres en los servicios sociales del cuidado formales e informales

#### Trabajadorxs de la salud comunitarixs en el sur de Asia

Lxs trabajadorxs de la salud comunitarixs (TSC) desempeñan un papel fundamental en la prestación de cuidados de la salud primarios, proporcionando información y concienciación, y facilitando el acceso a la asistencia sanitaria pública a cientos de millones de personas de las zonas rurales. En el sur de Asia y en otras partes del mundo, lxs trabajadorxs comunitarixs de la salud -que también se conocen como activistas sociales de la salud acreditadxs o ASHA en la India, trabajadorxs de la salud (Lady Health Workers) en Pakistán y voluntarixs de la salud comunitaria en Nepal- son casi en su totalidad mujeres de las que se espera que realicen este trabajo vital sin ser reconocidas como trabajadoras de la salud pública y sin el pago de salarios adecuados. En todos los países, excepto en Pakistán, se les niega el derecho a recibir un salario mínimo. Los gobiernos han aclamado a lxs TCS como "guerrerrxs contra el COVID-19" y, sin embargo, han incumplido sistemáticamente la obligación de proporcionar unos EPI adecuados, formación, salarios justos o apoyo. Las autoridades han denegado sus reiteradas peticiones de suministro de kits de seguridad, máscaras y desinfectantes durante las visitas y consultas puerta a puerta del COVID-19. Los sindicatos que representan a lxs TCS han documentado una serie de amenazas y violaciones experimentadas durante la pandemia. Lxs TCS se enfrentan a mayores riesgos de infección y soportan largas jornadas de trabajo, angustia psicológica, fatiga, agotamiento laboral, discriminación y acoso físico y psicológico. Muchxs TCS han informado de que no han recibido su salario durante la pandemia. Muchxs de estxs trabajadorxs prestan servicios públicos a nivel municipal y estatal.

Fuente: ISP, [¡Community Health Work is Work!](#) Campaña mundial, 2020

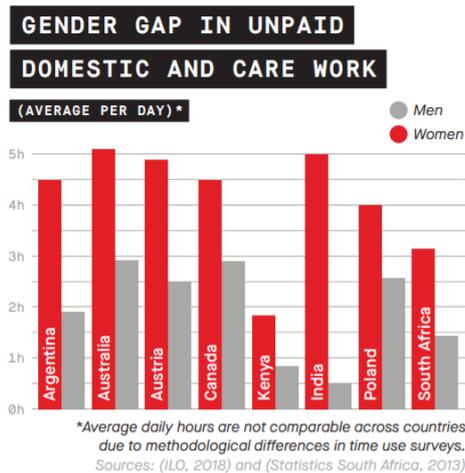
#### El trabajo no remunerado de las mujeres en los servicios sociales del cuidado: datos del Reino Unido

Se calcula que se dedican 16.400 millones de horas (diarias) a los cuidados no remunerados, lo que equivale a 2.000 millones de personas con trabajos de 8 horas. Las mujeres realizan el 76% de este trabajo en todo el mundo. En el Reino Unido:

- De los 6,5 millones de cuidadorxs no remuneradxs en el Reino Unido, el 58%, 3,34 millones, son mujeres.

- El valor económico de los cuidados no remunerados prestados por las mujeres en el Reino Unido se estima en 77.000 millones de libras al año.
  - Las mujeres cuidadorxs son más propensas a proporcionar cuidados "las 24 horas del día", ya que el 60% de los que cuidan más de 50 horas a la semana son mujeres.
  - Las mujeres tienen más probabilidades de ser cuidadoras "sandwich", es decir, de cuidar a lxs niñxs pequeñxs y a los/las padres/madres mayores al mismo tiempo.
- Los cuidados recaen especialmente en las mujeres de 40, 50 y 60 años. 1 de cada 4 mujeres de 50 a 64 años tiene responsabilidades de cuidado de seres queridos mayores o con discapacidad.
- Las mujeres de entre 45 y 54 años tienen más del doble de probabilidades que el resto de los cuidadores de haber reducido su jornada laboral como consecuencia de sus responsabilidades de cuidado.

Fuente: Dr. Humber, L., *Health and Social Care Workers and the Crisis of Neoliberalism*, PSI, septiembre de 2020, p. 26-27



Fuente: PSI, *La organización social del cuidado: Una mirada global*, octubre de 2021 p.9

Es innegable que los servicios sociales del cuidado generan un valor socioeconómico cuyo valía monetaria e intangible ha sido ignorada durante mucho tiempo por la economía ortodoxa neoliberal y apenas puede ser captada por las medidas del PIB, los ingresos y el rendimiento de la inversión (ROI) que suelen utilizar los operadores privados. La abrumadora presencia de las mujeres en las profesiones de cuidados, tanto en los servicios sociales de cuidados formales como informales, y la huella patriarcal aún dominante que ha sustentado la organización de dichos servicios en nuestras sociedades, ha hecho que el trabajo de servicios sociales del cuidado haya sido infravalorado y mal pagado, o que se espere, sin más, que lo presten gratuitamente las mujeres en el hogar y en su comunidad local, debido a las creencias y expectativas tradicionales de género sobre el papel de las mujeres en el hogar y en las sociedades. Durante siglos, las economías nacionales, las instituciones públicas, las comunidades y los hogares se han aprovechado colectivamente del trabajo barato o no remunerado de generaciones de mujeres. Sin embargo, los GLR progresistas están adoptando un enfoque diferente de los servicios sociales del cuidado, y transformando sus servicios sociales locales del cuidado desde un enfoque feminista e integrado para garantizar que "cuiden a lxs que cuidan", como en el caso de Bogotá (Colombia), Barcelona (España) y Ciudad de México (México)

#### Cuadro 5 - Sistema Distrital de Cuidado de Bogotá

El Sistema Distrital de Cuidado de Bogotá es un conjunto de servicios, normas, políticas y acciones técnicas e institucionales que busca reconocer, redistribuir y reducir el trabajo de cuidado, entendiéndolo como una función social necesaria para la vida cotidiana de las personas y el funcionamiento de la sociedad. Bogotá tiene una población femenina de 4 millones de personas. De estas mujeres, el 30% (1,2 millones) se dedican principalmente al trabajo de cuidados no remunerado, por lo que carecen de independencia económica y de tiempo para participar en actividades políticas, de bienestar personal o de desarrollo profesional.

Estas mujeres pertenecen a los sectores más vulnerables de la sociedad:

- El 90% de ellas tienen bajos ingresos.
- El 70% de estas mujeres no ha estudiado más allá del instituto.
- El 33% se ven privadas de tiempo libre para el autocuidado.
- El 21% sufre problemas de salud física y mental.

Si el trabajo de cuidados no remunerado fuera remunerado, representaría el 13% del PIB de Bogotá y el 20% del PIB de Colombia.

Desde octubre de 2020, el Sistema Distrital de cuidado ha prestado 26.187 servicios a mujeres, niñas, personas mayores, personas con discapacidad o familiares de cuidadorxs (hasta el 15 de septiembre de 2021). La innovación de nuestro sistema radica en la prestación simultánea de servicios tanto para lxs cuidadorxs como para las personas que necesitan cuidados. El sistema es una solución innovadora y adaptada al contexto para un reto profundo que utiliza una modalidad radical de "facilidad de acceso" a un nivel que nunca se ha probado antes. El servicio más demandado son los servicios educativos (el 51% de todos los servicios).

El Sistema cuenta con 3 nuevas formas de prestar servicios: Bloques de cuidados, autobuses del cuidado y un programa de atención puerta a puerta:

- **Bloques de cuidados:** Introducen un nuevo criterio de planificación urbana de la ciudad que sitúa a las cuidadoras y al trabajo de cuidados en el centro y, organiza la ciudad para satisfacer las necesidades de las personas, en lugar de al revés. En Care Blocks proporcionamos cuidados profesionales a quienes los necesitan y, al mismo tiempo, ofrecemos servicios educativos y de ocio a sus cuidadoras, cuyo tiempo queda liberado.

También ofrecemos la "Escuela de Cuidados para Hombres", en la que los hombres aprenden a cocinar, lavar la ropa, planchar, etc., con el objetivo de redistribuir las tareas en el hogar. Las ubicaciones de los bloques de cuidados garantizan el acceso a los servicios en un plazo de 15 a 20 minutos a pie, en un entorno de 800 metros (0,5 millas). Las cuidadoras pueden acceder a servicios educativos o de bienestar mientras lxs profesionales contratados por el Estado atienden a las personas que cuidan.

Actualmente tenemos 7 bloques de cuidados, nuestro objetivo es abrir 19 bloques para diciembre de 2023 (depende de la aprobación de la comisión intersectorial del Sistema de Cuidados). El funcionamiento de 1 bloque asistencial al año cuesta 4,7 millones de dólares.

- **Autobuses del cuidado:** la versión móvil de los bloques de cuidados, para quienes viven lejos de estos últimos y en zonas rurales o de difícil acceso. Un tercio del total de los servicios ofrecidos por el Sistema han sido ofrecidos por los autobuses. Los autobuses del cuidado garantizan que lxs cuidadorxs rurales y campesinxs tengan acceso a los servicios sociales del cuidado (por primera vez). Esto es especialmente importante porque las cuidadoras de las zonas rurales de Bogotá dedican más tiempo al trabajo del cuidado y a menudo carecen de servicios básicos como agua corriente o electricidad. Los autobuses de cuidado están equipados con instalaciones que ofrecen servicios similares a los de los Bloques de Cuidado, lo que garantiza los servicios para quienes prestan cuidados y para quienes los requieren, simultáneamente.

Hasta la fecha tenemos 2 Autobuses del cuidado. El funcionamiento de 1 autobús del cuidado al año cuesta 530.000 dólares.

- **Cuidados puerta a puerta:** el 14% de las cuidadoras a tiempo completo no pueden acceder a los Bloques de Cuidados o a los Autobuses de Cuidados debido a las condiciones de las personas a las que cuidan, principalmente personas con discapacidades graves, para las que salir de casa no es una posibilidad.

El servicio Puerta a Puerta prestará servicios a esta población especial en sus propios hogares, garantizando su acceso al Sistema.

Fuente: Bogotá, Sistema Distrital de Cuidado, *Metrópolis*, [Cities for Global Health](#), Base de datos, 2021

## 6. El futuro de los servicios sociales locales del cuidado

A medida que aumenta la necesidad de más servicios sociales del cuidado integrados y holísticos con una estrecha conexión con lxs residentes y usuarixs, y a medida que se hacen evidentes los retos de la desigualdad territorial de los servicios causada por la infrafinanciación y la privatización, muchos GLR están empezando a asociarse con organizaciones comunitarias y sin ánimo de lucro (en las denominadas [colaboraciones público-comunitarias](#)) para prestar servicios sociales de cuidado de calidad con una estrecha conexión con las comunidades locales, al tiempo que delegan y supervisan la prestación mediante especificaciones estratégicas de contratación pública, sin entrar necesariamente en procesos de privatización en toda regla.

Durante la pandemia de Covid-19, algunos GLR experimentaron formas innovadoras de prestación de servicios sociales de cuidado, redistribuyendo rápidamente al personal en equipos móviles multiservicios o creando nuevas formas de cuidado social. Por ejemplo, la creación de equipos multidisciplinares compuestos por trabajadorxs de los servicios sociales, la atención sanitaria y la vivienda pública fue una experiencia exitosa en algunas ciudades, ya que permitió identificar y ayudar rápidamente a las personas sin hogar para confinarlas en un lugar seguro. Aunque las formas innovadoras de servicios integrados del cuidado que implican a la comunidad pueden ser muy valiosas, hay que prestar una atención especial para garantizar que las condiciones de lxs trabajadorxs empleadxs en las organizaciones comunitarias y "sin ánimo de lucro" que se asocian con los GLR para prestar servicios sociales de cuidado sean dignas y seguras.

### Recuadro 2 - El futuro de los servicios sociales locales de cuidado integrados

#### **Barcelona Cuida, un espacio de información y orientación para usuarixs y proveedores de servicios asistenciales**

El Centro de Atención de Barcelona es un centro pionero que pretende dar a conocer todos los recursos sociales del cuidado existentes en la ciudad y ponerlos a disposición de todxs. Pretende ser un centro de referencia para dar a conocer a la ciudadanía todos los servicios y recursos existentes en el territorio, y promover el intercambio y una red de contactos entre ellxs. Los servicios sociales de cuidado integran un concepto muy amplio que incluye todas las

actividades que se realizan en respuesta a las necesidades físicas, psicológicas y emocionales de una o varias personas tanto en el ámbito privado como en el público; pero, sobre todo, el cuidado es una actividad que realizan unas personas para ayudar a otras. Por lo tanto, el trabajo de cuidados está incluido en un gran número de programas, acciones e instalaciones de la ciudad, y hay una enorme variedad de personas y grupos que participan en la prestación y recepción de estos cuidados.

El centro pretende convertirse en:

- Un punto de información y orientación integral de los recursos existentes en el territorio.
- Un lugar en el que se reúnan e interactúen todxs lxs implicadxs en la labor de cuidados de la ciudad.
- Un lugar en el que los individuos, lxs profesionales y las organizaciones pueden coordinarse y crear redes entre sí.
- Un centro que informa a lxs habitantes de la ciudad y sensibiliza sobre la labor del cuidado.

Fuente: Ayuntamiento de Barcelona, [Barcelona Cuida, un espacio de información y orientación](#), 2021

### **Bélgica: cómo afrontar el cambio climático en el sector del cuidado**

La prestación de servicios sociales del cuidado ya es un trabajo duro de por sí. Con el impacto de la crisis climática que ya se está notando en todo el mundo, los proveedores de estos servicios tienen que anticiparse y mitigar el impacto adverso, garantizando la continuidad del servicio desde ahora. Durante la inundación de Lieja (Bélgica) en el verano de 2021, el personal no pudo llegar a ciertos hospitales. En Bélgica, las autoridades locales de servicios sociales de cuidado están trabajando con los sindicatos para adaptar las instalaciones asistenciales, capacitar y equipar a lxs trabajadorxs del cuidado para ayudar a lxs usuarixs a hacer frente a las olas de impacto y prever la continuación del servicio en caso de catástrofe climática. El plan incluye una fase de vigilancia en la que se sensibiliza a los grupos vulnerables, una fase de alerta (cuando la temperatura alcanza los 28 °C) en la que se toman medidas y una fase de alarma. En Bélgica, las regiones son responsables de las fases 1 y 2. La Agencia Flamenca de Cuidados y Salud se comunica con las instituciones asistenciales. La mayoría de las instituciones de salud de Flandes trabajan con su propio plan de calor, generalmente inspirado en el plan nacional. El cumplimiento del plan nacional de calor sólo se controla en los centros de cuidado residencial.

Fuente: CSI-Reset Vlandereen, [Coping with climate change in the care sector. Worker's guide](#), 2021, pp. 4,6

### **La visión de un futuro enfoque integrado de los servicios sociales de cuidado municipal en Nueva York**

"Una concejalía de Cuidados municipal podría asegurarse de recoger la basura y desherbar los alcorques. Podría pagar a lxs adolescentes para que cuidaran de los espacios públicos y enseñarles técnicas de administración. Podría vigilar a las personas mayores en una ola de calor y a lxs habitantes de los sótanos en una inundación. Un Departamento de Cuidados empezaría preguntando (...): '¿Qué necesita? ¿Qué espera que cambie? ¿Cuál es la mejor manera de conseguirlo?' El Departamento de Cuidados no existe todavía, pero el concepto de servicios sociales de cuidados como motor de la planificación urbana ya está ganando adeptos. La pandemia puso de manifiesto la cantidad de trabajo que supone el cuidado de lxs niñxs, la atención sanitaria, el mantenimiento de las calles y los parques y la conservación de la tecnología. Una vez que la gente lo ve, es difícil pasar por alto la necesidad de estos servicios. En un contexto arquitectónico, el cuidado vincula el trabajo de limpieza con el diseño de las superficies para limpiar, la infraestructura física con los servicios sociales para sus usuarixs, el paisaje con la salud mental. El cuidado puede demostrarse a través de organigramas y de la organización, sirviendo comida y reservando tierras para cultivar alimentos, creando espacios públicos y formando a la gente para que los cuide. (...) El Departamento de Servicios Sociales del Cuidado (...) coordinaría los servicios de los organismos existentes, como los de salud, saneamiento y transporte, y formaría un equipo con los líderes de la comunidad. Esta agencia llenaría los vacíos, ayudando con la obtención de permisos, coordinando los regímenes de limpieza, estableciendo contactos con grupos locales que podrían prestar servicios a lxs jóvenes o a lxs desalojadxs (...). Los servicios de *cuidado son más amplios que el mantenimiento*", (...) "*Abarcan las interacciones y dinámicas sociales, las prácticas culturales*".

Fuente: Extracto de Lange, A., "[What it means to design a space for 'Care'](#)", Bloomberg City Lab, 4 de noviembre de 2021

## **7. Conclusiones**

La crisis del Covid-19 ha puesto de manifiesto cómo el trabajo en los servicios sociales fundamentales de cuidado no es un "deber de la mujer" o un "mercado del/ de la consumidor/a", sino un servicio público vital que debe ser equitativamente accesible para todxs. También ha mostrado cómo la organización neoliberal y lucrativa de los servicios sociales del cuidado ha fallado colectivamente a lxs usuarixs, los hogares, las comunidades y lxs trabajadorxs. A lxs trabajadores de del sector del cuidado de todo el mundo se les ha negado durante mucho tiempo equipos de protección personal adecuados y la seguridad y salud en el trabajo (SST); han sufrido la falta de personal y la precariedad laboral; y han sido explotadxs y no reconocidxs. Sin embargo, han seguido prestando servicios que salvan vidas a lxs más vulnerables, a menudo en condiciones extremadamente difíciles y a costa de sus propias vidas.

Dado que cada vez se necesitan más servicios sociales del cuidado en todo el mundo -incluso para el planeta y la naturaleza-, es urgente sentar nuevas bases para remodelar la organización social del cuidado. La profesionalidad y el sacrificio de lxs trabajadorxs del sector durante la pandemia han sido reconocidos y se han sumado a los elogios institucionales y sociales tributados a lxs trabajadorxs de la salud y demás personal de primera línea. Sin embargo, este reconocimiento aún no se ha traducido en medidas concretas para evitar el colapso de nuestros sistemas sociales de cuidado, incluyendo una inversión pública sustancial en la infraestructura física y social del cuidado, los derechos laborales, las condiciones de trabajo y la remuneración decentes para lxs trabajadorxs del cuidado.

Sin embargo, esta constatación ha desencadenado un debate global sobre la necesidad de reconstruir urgentemente una organización social diferente de los servicios relacionados con los cuidados, que deben ser públicos y desmercantilizados. Para responder a las múltiples y complejas necesidades de los servicios sociales de cuidado que se avecinan, estos también deben estar arraigados en la equidad y la calidad para lxs usuarixs y en el trabajo decente. Para hacer realidad esta visión, los servicios sociales del cuidado deben ser reivindicados, valorados y financiados adecuadamente como servicios públicos vitales de pleno derecho, y ser diseñados con una perspectiva inclusiva que abarque lxs usuarixs, lxs trabajadorxs, y con un enfoque feminista e interseccional.