

Debate / Controversy

Cuidados y crisis del coronavirus: el trabajo invisible que sostiene la vida / *Care work and the coronavirus crisis: the invisible labour that sustains life*

Paloma Moré

Equipo de Investigación Sociedades en Movimiento (ESOMI), Universidade da Coruña, España / Spain

paloma.more@udc.es

<http://orcid.org/0000-0003-2929-6987>

Recibido / Received: 03/05/2020

Aceptado / Accepted: 05/06/2020



RESUMEN

Esta reflexión aborda la organización social de los cuidados a la luz de la crisis de la COVID-19. Los argumentos aquí expuestos se apoyan en la literatura existente y en mi propio trabajo de campo, con el doble objetivo de esbozar un análisis sobre esta crisis y de lanzar preguntas que abran líneas de investigación en este nuevo escenario.

Palabras clave: COVID-19; teletrabajo; empleo de hogar; residencias; género.

ABSTRACT

This reflection addresses the social organization of care in light of the COVID-19 crisis. The arguments presented here are based on existing literature and on my own field work, with the dual objective of outlining an analysis of this crisis and addressing questions that open research axes in this new scenario.

Keywords: COVID-19; telework; domestic work; nursing homes; gender.

*Autor para correspondencia / Corresponding author: **Paloma Moré**. paloma.more@udc.es.

Sugerencia de cita / Suggested citation: Moré, P. (2020). Cuidados y crisis del coronavirus: el trabajo invisible que sostiene la vida. *Revista Española de Sociología*, 29 (3), 737-745.

(Doi: <http://dx.doi.org/10.22325/fes/res.2020.47>)

INTRODUCCIÓN

Fischer y Tronto (1990) definen los cuidados como “actividad genérica que comprende todo aquello que hacemos para mantener, perpetuar y reparar nuestro ‘mundo’, para que podamos vivir en él lo mejor posible. Este mundo comprende nuestros cuerpos, a nosotros mismos y nuestro entorno, todos los elementos que se articulan en una red compleja de sostenimiento de la vida” (*ibid.*, 1990: 40). Esta definición pone el énfasis en que el objetivo del cuidado es sostener la vida en un entramado de relaciones de interdependencia, puesto que todas las personas necesitamos cuidados, aunque sea de distinto tipo y con distinta intensidad, a lo largo de nuestra vida. La crisis sanitaria desatada por la COVID-19 ha puesto dramáticamente de manifiesto que la vulnerabilidad y la interdependencia son la base de las relaciones humanas.

Este texto tiene el doble objetivo de esbozar un análisis sobre la crisis del coronavirus a la luz de la organización social de los cuidados y de lanzar preguntas que puedan guiar investigaciones futuras. El análisis se ilustra a partir de la literatura existente, así como de mi trabajo de campo en el ámbito de los empleos de cuidados dirigidos a personas mayores y especialmente en las residencias.

LA ORGANIZACIÓN SOCIAL DE LOS CUIDADOS

Desde la sociología, nos interesa analizar cómo una sociedad organiza todas esas actividades, es decir, quién las realiza, con qué recursos, para quién, y bajo qué tipo de relaciones sociales (Thomas, 1993). En este sentido, Daly y Lewis (2000) acuñaron el término de “organización social del cuidado” (*social care*) para resaltar la dimensión pública, económica, social y normativa de los cuidados y visibilizar cómo se reparten entre distintos actores sociales: el Estado, las familias, el mercado y la comunidad. Este planteamiento restituía, desde una perspectiva de género, el carácter político y central que tienen los cuidados en la sociedad. Una importancia que la ideología patriarcal y el liberalismo habían invisibilizado y recludo en el terreno de lo privado, en forma de trabajo do-

méstico no remunerado realizado por las mujeres (Oackley, 1974).

En España, un conjunto de transformaciones sociales ha hecho tambalearse el modelo ideal de organización económica y familiar basado en los roles del “varón sustentador” y la “mujer ama de casa”, contribuyendo a provocar la llamada “crisis de los cuidados” (Pérez-Orozco, 2006: 18). A pesar de ello, el modelo de cuidados sigue siendo “familista” (Bettio y Platenga, 2004; Martínez-Buján, 2014), ya que combina la escasa financiación de políticas públicas de cuidados (Rodríguez-Cabrero *et al.*, 2014), con un asimétrico reparto del trabajo doméstico y de cuidados entre los sexos (Torns, 2001). Este modelo “familista” de provisión de bienestar se sostiene porque existe un sector privado de provisión de cuidados que permite a las familias encontrar soluciones a bajo coste y que se asienta sobre el trabajo de empleadas domésticas y auxiliares geriátricas, muchas de ellas trabajadoras inmigrantes llegadas a España desde los años noventa (Oso, 1998; Martínez-Buján, 2014; Moré, 2017).

Por todo ello, tenemos un sistema que establece como norma “la negación estratificada por ejes de poder del derecho a involucrarse en relaciones de cuidados satisfactorias y libremente elegidas” (Pérez-Orozco, 2006: 23). Ante esta realidad, economistas feministas insisten en la necesidad de cambiar el modelo socioeconómico para situar las actividades necesarias para la reproducción social en el centro de los análisis (Carrasco, 2013: 51; Pérez-Orozco, 2014: 47). Así, la sostenibilidad de la vida debería ocupar un lugar central en las preocupaciones sociales en lugar de ser un aspecto periférico y marginal de la vida social. Del mismo modo, es necesario revalorizar los empleos relacionados con los cuidados, que actualmente son precarios, poco reconocidos económicamente, invisibilizados y que realizan principalmente las mujeres, muchas de ellas mujeres de origen inmigrante.

En este sentido, la crisis del coronavirus ha puesto de manifiesto que el trabajo invisible e infravalorado era en realidad esencial. Así, mientras la economía productiva se paraliza, las autoridades permiten mantener activas solo aquellas actividades profesionales consideradas “esenciales”, entre ellas buena parte del sector laboral de los cuida-

dos (trabajadoras del hogar, auxiliares de ayuda a domicilio y de residencias). Del mismo modo, entre los motivos excepcionales por los que se permite a la población salir de casa durante el *estado de alarma* se incluyen las actividades urgentes de cuidado. El sistema productivo podía pararse, pero el sistema de cuidados es ineludible.

CUIDAR EN CASA

Una de las primeras medidas que se tomó ante el exponencial aumento de contagios fue el cierre de centros de mayores y centros educativos en todo el Estado. Durante la semana del 9 de marzo vimos iniciativas solidarias (Valverde, 2020) a nivel comunitario, pero más adelante fueron prohibidas para garantizar el confinamiento. Así, las familias quedaron aisladas en sus hogares y de un día para otro reabsorbieron todo el trabajo doméstico y de cuidados que durante las últimas décadas habían ido externalizando a través de distintos tipos de servicios, tanto públicos como privados. La importancia de los empleos de cuidados se hizo más visible que nunca mientras los hogares readaptaban como podían su organización de los cuidados: si bien en algunos casos el confinamiento ha permitido destinar más tiempo a cuidar y ha supuesto un “redescubrimiento” del hogar como entorno seguro y de los cuidados como actividades reparadoras y satisfactorias; en otros casos los hogares se han enfrentado a una “nueva crisis de los cuidados”. Ante esta situación será necesario investigar las consecuencias del confinamiento y de la crisis del coronavirus sobre las desigualdades de género ya existentes en cuanto al reparto del trabajo doméstico y de cuidados, como muestran los análisis de usos del tiempo (Flaquer *et al.*, 2018; Ajenjo y García-Román, 2019). En este sentido, puesto que la naturalización de las cualidades femeninas para el cuidado no es homogénea ni afecta por igual a todas las mujeres, un aspecto a explorar es cómo se articulan las estrategias de cuidados en función de otras categorías sociales, como la clase, la situación migratoria, la etnicidad, o el tipo de familia, ya que el género debe entenderse en su complejidad y en interconexión con otras condiciones de identificación y discriminación social (La Barbera,

2010: 65). En el análisis de estas estrategias es necesario considerar cómo se articulan los cuidados con el empleo, y especialmente, con el desempleo y la inactividad.

TELETRABAJAR Y CUIDAR: UNA DOBLE JORNADA SIMULTÁNEA

Dentro de las prácticas que fomentan la conciliación de la vida familiar y laboral a menudo se menciona el teletrabajo como una medida que permite flexibilizar las jornadas laborales. Antes de esta crisis era todavía una realidad lejana, pero de un día para otro se ha convertido en la rutina para muchos trabajadores. Al principio, las interrupciones de niños y niñas en las reuniones se veían con benevolencia y diversión, como el momento en el que la hija de un periodista interrumpió una entrevista telemática en directo al entrar en la habitación para contarle que había escrito la letra M (García, 2020).

Sin embargo, más allá de la anécdota, hay que preguntarse si realmente se está permitiendo a las personas que teletrabajan y que tienen responsabilidades de cuidado compatibilizar ambas funciones. Desde mi punto de vista, esto no se está haciendo en la medida en que se mantienen los horarios y los objetivos de una jornada laboral “normal”, sin tener en cuenta las numerosas interrupciones del tiempo de trabajo productivo que se suceden a lo largo de la jornada laboral en casa.

Por ello, es necesario estudiar hasta qué punto las entidades empleadoras están asumiendo esta simultaneidad de funciones y están reduciendo la presión sobre quienes se encuentran cuidando en casa. Al mismo tiempo, es prioritario visibilizar las prácticas que presionan a las y los trabajadores que no rinden como antes, así como los sesgos de género que estas prácticas implican. Es decir, que el teletrabajo no sea la excusa para la intensificación del trabajo, comprometiendo cada vez más el tiempo completo y la vida de las personas (Castillo y Agulló, 2012: 32), ni para aumentar “la soledad del trabajador globalizado” (Castillo, 2008). Del mismo modo, habría que estudiar qué estrategias utilizan las y los trabajadores para poder realizar su trabajo: como extender las jornadas laborales a

los fines de semana, trabajar de noche mientras las y los niños duermen, o cambiar las normas establecidas, por ejemplo en la utilización de móviles o tabletas, para mantenerles “entretenidos”.

Todo ello porque a la luz de los numerosos reportajes sobre el teletrabajo en tiempos de confinamiento es posible que este escenario esté contribuyendo a agravar la “contradicción entre la producción capitalista y el bienestar humano, entre el objetivo del beneficio y el objetivo del cuidado de la vida” (Carrasco, 2001: 12). La doble exigencia de trabajo remunerado y trabajo no remunerado de cuidados tiene muchas veces como consecuencia una “falta crónica de tiempo para vivir” en el caso de las mujeres (Torns, 2001). En este sentido, Balbo (1978) acuñó el término de “doble presencia” para mostrar esa sobrecarga de trabajo, que en tiempos de coronavirus podría renombrarse como “doble presencia simultánea”, por llevarse a cabo simultáneamente y compartiendo espacios.

CUIDAR DE LAS QUE CUIDAN

Esta crisis ha visibilizado también la situación de desprotección que viven, tanto empleadas de hogar como auxiliares del Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD), cuando cuidan personas mayores dependientes, mostrando que muchas no cuentan con los medios materiales más básicos para evitar los contagios o que incluso tienen que reutilizarlos en varios domicilios. Poco se sabe de los posibles positivos en la COVID-19, ingresos hospitalarios, o defunciones que han podido producirse hasta ahora en estos colectivos de trabajadoras que han continuado con su labor durante el estado de alarma por prestar servicios esenciales.

Además, estas trabajadoras, mujeres en su gran mayoría, enfrentan situaciones de pérdida de empleo o alteraciones en sus jornadas de trabajo por miedo al contagio, por ejemplo, al suspenderse algunos servicios del SAD, o al transformarse jornadas externas en internas en el empleo de hogar. En concreto, la situación de especial vulnerabilidad de las trabajadoras internas, que se encuentran confinadas en su lugar de trabajo, ya ha sido denunciada por la Asociación Servicio Doméstico Activo (SEDOAC) y debería ser objeto de especial

atención. A esto se suma el riesgo al que están expuestas las personas en situación irregular que siguen atendiendo personas mayores y que tienen que salir a la calle durante el estado de alarma.

En definitiva, esta crisis agrava unas condiciones laborales ya de por sí precarias y un marco jurídico escasamente protector, especialmente en el empleo de hogar, pues este sector tiene un Sistema Especial dentro del Régimen General que no contempla la prestación por desempleo y en el que se cotiza sobre unas bases de tarificación que son más bajas que los salarios reales. Además, las empleadas de hogar tampoco están cubiertas por la “Ley de Prevención de Riesgos Laborales”, Ley 31/1995, no pueden acogerse a los expedientes de regulación temporal de empleo (ERTE), y están expuestas a la posibilidad de que el contrato se extinga por la voluntad del empleador sin alegar causa (desistimiento). Ante la crisis de la COVID-19, el 31 de marzo el Gobierno aprobó un subsidio extraordinario temporal, equivalente al 70 % de la base reguladora, para empleadas del hogar que pierdan su empleo o vean reducida su actividad como consecuencia del coronavirus. Desde algunas asociaciones de trabajadoras, como SEDOAC, se ha manifestado que estas ayudas son insuficientes y que excluyen a las trabajadoras sin contrato o en situación irregular, que son una parte considerable de un sector conocido por su permeabilidad a la economía informal.

En otros casos, la situación excepcional que vivimos ha supuesto la creación de empleos de cuidados. Este es el caso de Edwin, un hombre peruano de veintisiete años en situación administrativa irregular, que durante la crisis del coronavirus ha encontrado trabajo en Madrid cuidando de un hombre de sesenta y cinco años que ha quedado en situación de dependencia tras sufrir un ictus pocos días antes de la entrada en vigor del estado de alarma. En su caso, trabaja nueve horas y media en jornada partida, por 1.050 euros, sin contrato, sin cotizar a la Seguridad Social y sin posibilidad de que se le reconozca un posible accidente laboral. En definitiva, pone en riesgo su salud para trabajar cuidando, pero desde la mayor invisibilidad y sin ningún reconocimiento oficial. Será por eso por lo que, cuando cada tarde llegan los aplausos de las 20.00, Edwin no se da por aludido como homenajeado.

Por último, cabe preguntarse qué sucederá en los próximos meses cuando la vuelta a la “nueva normalidad” implique que colegios, escuelas infantiles y centros de día continúen cerrados, pero los adultos sí deban volver a sus centros de trabajo. ¿Supondrá esto un aumento del empleo de hogar destinado a cuidados? Del mismo modo, la crisis sanitaria que han sufrido las residencias de mayores, ¿tendrá como consecuencia una vuelta a los cuidados domiciliarios de las personas mayores, ya sea a través del Servicio de Ayuda a Domicilio, del empleo de hogar, o del cuidado familiar no profesional?

RESIDENCIAS ANTE EL CORONAVIRUS

Hasta el 2 de mayo se estima que en España han muerto unas 16.837 personas diagnosticadas con la COVID-19 o con síntomas compatibles con la enfermedad en las residencias de personas mayores, lo que supone el 66,5 % del total de fallecidos. Las comunidades con más víctimas a día 29 de abril son Madrid (5.828), Cataluña (3.044), Castilla y León (2.379) y Castilla-La Mancha (1.968). La frialdad de estos datos oculta una verdadera tragedia humana que podría haberse evitado o atenuado dotando de más medios a estos centros y a quienes trabajan en ellos. Por ello, la Fiscalía General del Estado ha abierto 121 diligencias civiles y 110 penales en relación con el amparo de los derechos individuales y colectivos de estas personas “en situación de vulnerabilidad” (RTVE.es, 2020).

Efectivamente, las residencias son instituciones en las que conviven dos grupos especialmente vulnerables y cuyos derechos no han sido una prioridad para los sucesivos gobiernos: las personas mayores y quienes las cuidan.

Por un lado, más de 276.924¹ personas viven en las 5.457 residencias que hay en España, una población muy feminizada, 7 de cada 10 residentes son mujeres, y longeva, pues 8 de cada 10 tiene más de ochenta años. A pesar de que el índice de cobertura con respecto a la población mayor de sesenta y cinco años está por debajo de las recomen-

daciones de la OMS, el sector de las residencias es un negocio muy lucrativo en España. El 74,5 % de los centros son de titularidad privada (el 87 % en la Comunidad de Madrid) y casi el 60 % de las plazas se financian con fondos públicos, según datos del IMSERSO. Además, España arrastra un déficit estructural de cobertura por dependencia, que se manifiesta en listas de espera tanto para solicitar el reconocimiento de la situación de dependencia como para recibir las prestaciones una vez reconocido el derecho.

Por otro lado, las plantillas de los centros, formadas en su mayoría por mujeres, muchas de ellas de origen inmigrante, cobran salarios desproporcionadamente bajos, con una alta temporalidad, se exponen a problemas de salud ligados al trabajo y se enfrentan al estigma social que recae sobre las residencias.

Cuidados en cuarentena

Estela tiene cincuenta y siete años y lleva veinte trabajando en distintas residencias, tanto públicas como privadas, de Madrid. La entrevisté en 2012 para que me contara su experiencia en el sector de los cuidados, primero como empleada de hogar interna, cuando llegó a España desde Ecuador, y luego como auxiliar geriátrica. En aquella ocasión, sobre la forma de trabajar en las residencias, me decía: “No te hacen caminar, sino que te hacen volar y correr”, para resaltar que no daban abasto con la cantidad de trabajo que debían hacer (Moré, 2016: 11). El 29 de marzo de 2020 me comenta en entrevista telefónica que lleva sin librar desde el día 9 del mismo mes, y que no espera hacerlo hasta el 31, aunque según cómo vea la situación tampoco libraré ese día. Me explica que la residencia privada en la que trabaja está desbordada, y que este bloqueo tiene que ver con la falta de personal que arrastra de manera crónica. Un problema acrecentado ahora, donde más de la mitad de la plantilla (unas 13 auxiliares) está de baja por posible COVID-19 y que no encuentran personal suficiente para reemplazarlas. La situación se agrava, pero no es nueva. En mi trabajo de investigación doctoral pude constatar que “las trabajadoras denuncian un modelo de gestión que prioriza la rentabili-

1 En este dato ofrecido por el IMSERSO para 2018 no se incluyen las cifras de cuatro comunidades autónomas.

dad económica a través de la reducción de personal y la consiguiente intensificación del trabajo, lo que repercute no solo en sus malas condiciones laborales, sino también en un cuidado deficiente a las personas mayores” (*ibid.*: 15-16).

Preparados en doce minutos

En la investigación etnográfica realizada por Foner (1994: 32) en una residencia norteamericana, la autora explica que, para la rutina de despertar, levantar, desvestirse, llevar al baño o cambiar el pañal, duchar, secar, poner el pañal, volver a vestirse, peinar, recoger la habitación y hacer la cama de las residentes, las auxiliares solo disponían de entre treinta y cinco y cuarenta y cinco minutos por persona. Afirmaba que esto era agotador, especialmente porque el proceso se repetía una decena de veces a lo largo de una mañana, y que los retrasos acumulados iban incrementando la velocidad a la que se debía trabajar. En 2014 realicé observación participante en una residencia pública de la Comunidad de Madrid y constaté que las auxiliares disponían de una media de doce minutos para cumplir con este proceso de trabajo (Moré, 2017: 303-304). Trabajaban a contrarreloj y en consecuencia las medidas de higiene dejaban mucho que desear (*ibid.*: 306-307). Las auxiliares consideraban que el ritmo de trabajo era no solo extenuante y peligroso para su salud, sino también denigrante para la dignidad de las residentes, que eran usuarias de un servicio público (*ibid.*: 300-301).

En 2020, Estela vuelve a incidir en las mismas ideas poniendo el ejemplo de la residencia privada donde trabaja: “Falta lo más básico. Cómo no se van a infectar las residencias si hay una sola limpiadora en toda la planta. Falta personal, para limpiar a fondo, por ejemplo, las barandillas de las camas, las manillas de las puertas”.

Una residencia no es un hospital

A raíz de los numerosos casos de infección por coronavirus en estos centros, el Gobierno ha anunciado su medicalización, aunque todavía en muchos casos no se ha llegado a poner en práctica

y algunos ayuntamientos han emprendido acciones legales para que la Comunidad de Madrid haga efectiva la medida (Mateo, 2020). Esta reacción se debe a que, efectivamente, las residencias no son en absoluto centros medicalizados, sino que, pese a sus grandes dimensiones y la frialdad de su mobiliario, aspiran a ser “hogares” para sus residentes. De hecho, el personal médico y enfermero no está de manera constante en los centros. Al contrario, es frecuente, como en el caso de la residencia donde trabaja Estela, que el facultativo esté presente durante una hora al día y que haya una persona enfermera durante los turnos de la mañana y la tarde, pero ninguna durante la noche. En este sentido, en mayo de 2019, el Sindicato de Enfermería SATSE denunciaba que “la situación que se vive en las residencias de mayores es muy preocupante, con una media de 109 pacientes residentes por cada enfermera o enfermero”. Esta ratio llegaba en Madrid hasta los 261 pacientes por enfermera/o.

Cuerpo a cuerpo

En las residencias se trabaja “cuerpo a cuerpo”, en contacto íntimo y estrecho entre residentes y auxiliares. Ante esta proximidad física, las posibilidades de contagio son enormes. A esta realidad se añade que la escasez de material suele ser, además de la falta de personal, una de las principales quejas de las trabajadoras.

En este sentido se pronuncia, Alicia, ecuatoriana con veinte años de experiencia en el sector en Madrid, relatando que en la residencia pública donde trabaja el poco material de protección que tenían se acabó rápidamente con los primeros casos aislados que tuvieron, mucho antes de declararse el estado de alarma. Después, estuvieron varias semanas compartiendo un único Equipo de Protección Individual (EPI) para toda una planta y llegaron a hacerse delantales improvisados con bolsas de basura. Durante ese tiempo el virus se extendió por la residencia contagiando a numerosas trabajadoras y residentes. Sin embargo, por ética y por profesionalidad siguieron cuidando aun a riesgo de contagiarse, como les sucedió a muchas de sus compañeras. Alicia me explica que a partir de la semana del 22 de marzo recibieron los

EPI y que, al menos desde entonces y hasta nuestra conversación el día 3 de abril, estuvieron bien equipadas.

La falta de material de protección, imprescindible para prevenir los contagios, y el hecho de que haya habido partidas defectuosas, son parte fundamental del enorme número de contagios entre residentes y personal. Según un informe del Centro Europeo para el Control y Prevención de Enfermedades publicado el 23 de abril (ECDC, 2020: 10), el 20 % de los casos registrados de contagios por coronavirus en España corresponde a personal sanitario, la proporción más alta entre los países analizados en el informe. Según SATSE, entre el 60 y el 65 % de esos contagios corresponderían a personal de enfermería. Tanto el SATSE como la Organización Médica Colegial (OMC) han anunciado que van a denunciar esta situación a organismos como la OIT, la OMS, la Comisión Europea, e incluso en los tribunales españoles. Sin embargo, ¿qué sucede con el personal que trabaja en las residencias y que no es personal sanitario? Estas personas sufren todavía más desprotección, más invisibilidad, menos vías de representación y de reconocimiento social como colectivo profesional (Moré, 2017: 285).

Aislamiento estricto

Alicia me cuenta su día a día en la residencia cuando tienen a 25 personas en aislamiento estricto por tener síntomas compatibles con coronavirus, a pesar de que no se les ha realizado la prueba diagnóstica. El aislamiento estricto significa que permanecen todo el día aisladas en habitaciones de pocos metros, sentadas o tumbadas, y las auxiliares entran lo mínimo imprescindible, dos veces durante el turno de tarde, para dejar la bandeja de la merienda o la cena, hacer un cambio de pañal y un cambio postural. La mayoría de estas personas aisladas están sujetas a su silla o su cama pues en muchos casos, al menos en la residencia donde trabaja Alicia en la que predominan los enfermos de Alzheimer, este encierro no es voluntario. En este sentido, si bien se estaban restringiendo o eliminando estas medidas de sujeción para la población mayor, su uso ahora es frecuente para impedir que rompan el aislamiento. Alicia comentaba la situa-

ción de una de sus residentes que está acostumbrada a caminar por todo el centro y que lleva semanas encerrada y sujeta a una silla o una cama.

Esto implica para las trabajadoras un enorme desgaste ligado al trabajo emocional (Hochschild, 1979), que deben hacer para aguantar la situación, pues, como señala Alicia: “aunque entres con optimismo a sus habitaciones, sales muy tocada, verlos que están todo el día sentados da mucha pena, pero ¡no puedes! Mucha gente se va a morir, les estoy viendo muy decaídos, no comen, por la enfermedad y por el aislamiento, porque no se pueden mover. Son usuarios que llevan muchos años aquí y les coges cariño, son nuestros conocidos [...]. A una persona que falleció, tardaron dos días en llevarse el cadáver, y tú no puedes hacer nada, no puedes entrar ahí hasta que no vengan a llevársela”. Sin duda, será necesario investigar las serias consecuencias que esta trágica situación puede tener sobre la salud mental del personal de las residencias, manifestándose en forma de ansiedad, estrés postraumático o incluso depresión.

LA ÉTICA DEL CUIDADO

Los cuidados implican simultáneamente un conjunto de actividades esenciales para sostener la vida, una perspectiva ética y una dimensión política (Molinier, 2013). En este sentido, la ética feminista del cuidado implica una actitud empática hacia las necesidades ajenas en relaciones de interdependencia y reconociendo que todas las personas somos vulnerables (Tronto, 1994). Para Tronto, esta comprensión de la responsabilidad en términos relacionales es crucial para mejorar las relaciones políticas y para desarrollar una sociedad más justa, una sociedad en la que la ética del cuidado tenga un papel central. Sin embargo, vivimos en una sociedad que pone en el centro a los sujetos adultos, sanos, productivos, autónomos e independientes y que deja en los márgenes todo lo que suene a dependencia y vulnerabilidad. La crisis del coronavirus ha puesto en evidencia lo absurdo de estas ideas. Primero, exponiendo nuestra vulnerabilidad e interdependencia en tanto que seres humanos y subrayando nuestras necesidades de cuidado; segundo, mostrando lo fundamentales que son todos

los trabajos de cuidados que son invisibilizados e infravalorados por el sistema. La restitución de la centralidad social que le ha sido negada a los cuidados es, hoy más que nunca, necesaria, urgente e ineludible.

BIBLIOGRAFÍA

- Ajenjo, M., García-Román, J. (2019). La persistente desigualdad de género en el uso del tiempo en España. *Perspectives Demogràfiques*, 14: 1-4.
- Balbo, L. (1978): La doppia presenza. *Inchiesta*, 32: 3-6.
- Bettio, F., Plantenga, J. (2004). Comparing care regimes in Europe. *Feminist Economics*, 10(1): 85-113.
- Carrasco, C. (2001). La sostenibilidad de la vida humana: ¿un asunto de mujeres? *Mientras Tanto*, 82.
- Carrasco, C. (2013). El cuidado como eje vertebrador de una nueva economía. *Cuadernos de Relaciones Laborales*, 31(1): 39-56.
- Castillo, J. J. (2008). *La soledad del trabajador globalizado: Memoria, presente y futuro*. Madrid: Catarata.
- Castillo, J. J., Agulló, I. (2012). La invasión del trabajo en la vida. En un distrito tecnológico de Madrid. *Sociología del Trabajo*, 76: 7-36.
- Daly, M., Lewis, J. (2000). The concept of social care and the analysis of contemporary welfare states. *British Journal of Sociology*, 51(2): 281-298.
- European Centre for Disease, Prevention and Control (2020). *Rapid Risk Assessment. Coronavirus disease 2019 (COVID-19) in the EU/EEA and the UK- ninth update* (en línea). <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/covid-19-rapid-risk-assessment-coronavirus-disease-2019-ninth-update-23-april-2020.pdf>.
- Fischer, B., Tronto, J. (1990). Toward a feminist theory of care. En E. Abel, M. Nelson (dirs.), *Circles of Care: Work and Identity in Women's Lives* (pp. 36-54). Albany: SUNY Press.
- Flaquer, Ll., Navarro-Varas, L., Antón-Alonso, F., Ruiz-Forès, N., Cónsola, A. (2018). La implicación paterna en el cuidado de los hijos en España antes y durante la recesión económica. *Revista Española de Sociología*, 28(2), 249-268.
- Foner, N. (1994). *The Caregiving Dilemma: Work in an American Nursing Home*. Berkeley: University of California Press.
- García, O. (2020). El tierno momento de la hija de un periodista en la rueda de prensa de Arrimadas. *Cadena SER*, 10 de abril de 2020. https://cadenaser.com/ser/2020/04/10/politica/1586528441_423656.html (consultado el 25 de abril de 2020).
- Hochschild, A. R. (1979). Emotion Work, Feeling Rules and Social Structure. *American Journal of Sociology*, 83(3): 551-575.
- La Barbera, M. C. (2010). Género y diversidad entre mujeres. *Cuadernos Kóre. Revista de historia y pensamiento de género*, 1(2): 55-72.
- Martínez-Buján, R. (2014). Los modelos territoriales de organización social del cuidado a personas mayores en los hogares. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 145: 99-126.
- Mateo, J. J. (2020). Los Ayuntamientos exigen a la Comunidad que medicalice las residencias. *El País*, 28 de abril de 2020. <https://elpais.com/espana/madrid/2020-04-27/los-ayuntamientos-exigen-a-la-comunidad-que-medicalice-las-residencias.html> (consultado el 29 de abril de 2020).
- Molinier, P. (2013). *Le travail du care*. Paris: La Dispute.
- Moré, P. (2016). Cuidados “en cadena”: cuerpos, emociones y ética en las residencias de personas mayores. *Papeles del CEIC*, 1/2016.
- Moré, P. (2017). *Migraciones y cuidados a personas mayores en las grandes ciudades*. Madrid: Editorial Centro de Investigaciones Sociológicas, Colección Monografías, 306.
- Oakley, A. (1974). *The sociology of the housework*. London: Robertson.
- Oso, L. (1998). *La migración hacia España de mujeres jefas de hogar*. Madrid: Instituto de la Mujer.
- Pérez-Orozco, A. (2006). Amenaza tormenta. La crisis de los cuidados y la reorganización del sistema económico. *Revista de Economía Crítica*, 5: 7-37.
- Pérez-Orozco, A. (2014). *Subversión feminista de la economía. Aportes para un debate sobre el conflicto capital-vida*. Madrid: Traficantes de Sueños.

- Rodríguez-Cabero, G. *et al.* (2014). Estado de bienestar en España: transformaciones y tendencias de cambio en el marco de la Unión Europea. En F. Lorenzo Gilsanz (coord.), *VII Informe sobre exclusión y desarrollo social en España* (pp. 299-394). Fundación FOESSA.
- RTVE.es (2020). En RTVE, <https://www.rtve.es/noticias/20200429/radiografia-del-coronavirus-residencias-ancianos-espana/2011609.shtml> (consultado el 2 de mayo de 2020).
- Thomas, C. (1993). De-Constructing Concepts of Care. *Sociology*, 27(4), pp. 649-669.
- Torns, T. (2001). El tiempo de trabajo de las mujeres: entre la invisibilidad y la necesidad. En C. Carrasco (dir.), *Tiempos, trabajos y género*, Barcelona: Publicacions Universitat Barcelona.
- Tronto, J. (1994). *Moral Boundaries: A Political Argument for an Ethic of Care*. New York: Routledge.
- Valverde, B. (2020). Me ofrezco voluntario para cuidar a niños que no tengan con quien quedarse estos días. *El País*, 11 de marzo de 2020, https://verne.elpais.com/verne/2020/03/11/articulo/1583941693_511010.html (consultado el 25 de abril de 2020).

NOTA BIOGRÁFICA

Paloma Moré Corral es Profesora Contratada Interina de Substitución en la Facultad de Sociología de la Universidade da Coruña. Anteriormente ha sido investigadora posdoctoral en la Universidad Aix-Marseille (Francia) en el Laboratorio de Estudios de Excelencia sobre la región Mediterránea (LABEX-MED). Se doctoró con Mención Europea en Migraciones Internacionales e Integración Social (2015), en el Instituto Universitario de Investigación Ortega y Gasset y la Universidad Complutense de Madrid. Su tesis doctoral ha sido publicada en 2017 por el Centro de Investigaciones Sociológicas con el título *Migraciones y trabajo con personas mayores en las grandes ciudades*.

